CENA 50 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) | Październik 1949 | Nr 10



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

Okładkę projektowali: J. Mucharski i M. Smorońska.

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm. 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źrodła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Październik 1949 Nr 10



(F. P.)

JUBILEUSZ MINISTRA ZDROWIA

W dniu 26 września rb. dr Tadeusz Michejda, Minister Zdrowia obchodził potrójny jubileusz. 70-lecie urodzin, 50-lecie pracy społecznej i 45-lecie pracy lekarskiej.

Zarząd Główny Zw. Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia R. P. z okazji jubileuszu Ministra Michejdy postanowił przekazać sumę 100.000 zł. na Fundusz Odbudowy Stolicy oraz wysłać depeszę następującej treści:

„W imieniu 90-tysięcznej rzeszy pracowników Służby Zdrowia Zarząd Główny Związku Pracowników Służby Zdrowia w dniu 70-lecia urodzin, 50-lecia pracy społecznej i 45-lecia ofiarnej pracy lekarskiej przesyła Dostojnemu Jubilatowi Ministrowi dr. Tadeuszowi Michejdzie wyrazy najgłębszego poważania i życzenia dalszej owocnej pracy w szeregach socjalistycznej Służby Zdrowia".

PRZYJAŹŃ

I znów obchodzimy MIESIĄC POGŁĘBIANIA PRZYJAŹNI POLSKO-RADZIECKIEJ, miesiąc żywszej jeszcze, niż zwykle, wymiany kulturalnej, miesiąc jeszcze ściślejszej współpracy, miesiąc jeszcze bardziej owocnego krzewienia idei braterstwa i przyjaźni między naszymi narodami. W miesiącu tym za pośrednictwem teatru, kina, prasy i radia, świetlic i klubów, sal szkolnych i auli uniwersyteckich naród nasz pogłębi swą wiedzę o życiu narodu radzieckiego, a naród radziecki pozna bliżej życie i pracę narodu polskiego.

Mocne korzenie ma nasza przyjaźń. Mocne — bo wyrastają one z więzi ideologicznej, łączącej ludzi pracy po tej i drugiej stronie granicy. Mocne — bo wyrastają z wspólnej walki o pokój. Mocne, bo łączą narody, z których jeden zbudował, a drugi buduje ustrój socjalistyczny.

Naród nasz coraz lepiej poznaje bratni naród radziecki, jego pracę, jego walkę. Poznajemy potęgę radzieckiej techniki, która przeobraża przyrodę i podporządkowuje ją człowiekowi. Poznajemy piękno kultury radzieckiej, która dała światu wspaniałych pisarzy, artystów, naukowców. Poznajemy ludzi radzieckich — ożywionych uczuciem miłości Ojczyzny, nienawiści do wroga pokoju — imperializmu, ożywionych duchem braterstwa i przyjaźni z ludźmi pracy na całym świecie.

Poznajemy bliżej kraj, który stoi na czele walki o pokój, kraj skąd promieniuje wola pokoju, natchnienie i nadzieja tych wszystkich, którzy w różnych zakątkach świata walczą o wolność i postęp. Poznajemy bliżej naród, który w śmiertelnej walce rozgromił własnymi siłami trzon armii hitlerowskiej, wyzwolił narody Europy z jarzma hitlerowskiego, uwolnił cały świat od zmory brunatnego okrucieństwa.

Poznajemy bliżej naród, którego bohaterska Armia wyzwoliła nas z niewoli, naród, którego pomoc i przyjaźń stworzyła warunki dla budowy socjalizmu w naszym kraju.

W miesiącu pogłębienia przyjaźni polsko - radzieckiej nasze myśli i uczucia zwracają się więc do wypróbowanego przyjaciela i sojusznika, u którego boku walczyliśmy i walczymy o pokój, o szczęśliwą przyszłość narodów całego świata.



Żołnierzom Armii Radzieckiej poległym za wolność — Stolica

(F. P.)

Miesiąc ten kończy się pięknym akordem — rocznicą Rewolucji Listopadowej, która zapoczątkowała nową erę w historii ludzkości. Rocznicę Rewolucji Listopadowej obchodzą nie tylko narody ZSRR, lecz ludzie pracy na całym świecie, zwiastowała ona bowiem narodziny nowego ustroju, ustroju bez wyzysku, ustroju szczęścia i dobrobytu — socjalizm. Rocznica listopadowa będzie ukoronowaniem miesiąca pogłębienia naszej przyjaźni z ojczyzną socjalizmu, będzie świętem także naszego narodu.

Obchodząc miesiąc pogłębienia przyjaźni polsko - radzieckiej pamiętajmy słowa prezydenta Bolesława Bieruta, który w piątą rocznicę Polski Ludowej w orędziu swym powiedział:

„Zabezpieczeniem naszej niepodległości i pokoju międzynarodowego, zabezpieczeniem naszych granic i obroną ich przed zakusami niemieckich wichrzycieli i ich popleczników — jest bratni sojusz i przyjaźń serdeczna naszego narodu z narodami wielkiego Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich oraz z krajami demokracji ludowej. Przyjaźń tę będziemy umacniać i strzec jej wiernie, gdyż w niej widzimy rękojmię naszego bezpieczeństwa i rozwoju".

J. L.

OD SPOŁECZNEJ DO POWSZECHNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Nowe plany polskiej służby zdrowia, budującej na tym odcinku podstawy dla ustroju socjalistycznego w naszym kraju, są konkretnym wyrazem głębokiej troski o człowieka, wyrazem najlepiej pojętego humanitaryzmu socjalistycznego.

PROFILAKTYKA W ZAPOMNIENIU — ZDROWIE UDZIAŁEM ZAMOŻNYCH

Zastanawiając się nad tymi planami, nad dalszą drogą rozwoju służby zdrowia, należy myślą powrócić jeszcze do okresu przedwojennego, którego błędy poważnie zaciążyły na obecnym stanie rzeczy.

Podczas gdy dziś, jako naczelną zasadę, stawiamy **pierwszeństwo zapobiegania chorobie przed lecznictwem,** w okresie międzywojennym, w okresie kapitalizmu w Polsce, profilaktyka stała niestety na bardzo poślednim miejscu w hierarchii zadań opieki nad zdrowiem człowieka. Państwo kapitalistyczne opiekowało się zdrowiem obywatela przede wszystkim w wypadkach grożącej epidemii, a system lecznictwa opierał się, jak zresztą w każdym państwie kapitalistycznym, na odpłatności usług leczniczych.

W lecznictwie otwartym obywatel mógł korzystać z prywatnego gabinetu lekarza, w zamkniętym zaś — ze szpitala, który był własnością prywatną, samorządową, instytucji dobroczynnych bądź kościelnych.

Zrozumiałe więc, że w takim stanie rzeczy, gdzie nawet leczenie było dostępne jedynie ludziom zamożnym, nie mogło być mowy o profilaktyce.

Z czasem klasa robotnicza, przezwyciężając wiele sprzeciwów i oporów, wywalczyła sobie tzw. „Kasy Chorych", późniejsze Ubezpieczalnie Społeczne, ale i tu także kwestia profilaktyki nie została oczywiście uwzględniona. Po pierwsze bowiem, Ubezpieczalnia Społeczna miała w swym założeniu przede wszystkim leczenie, po drugie zaś, o profilaktyce nie może być mowy w pewnej ograniczonej grupie ludzi, jak w tym wypadku — niewielkiej liczby ludzi ubezpieczonych. Poza tym pierwotny system ośrodków otwartych został przez sanacyjną ustawę scaleniową skasowany, a lecznictwo oparte o gabinet domowego lekarza.

PROFILAKTYKA I LECZENIE W OŚRODKU ZDROWIA

Nowoczesna medycyna nie uznaje ostrego rozgraniczenia tych dwóch pojęć: profilaktyki i lecznictwa. Stworzenie odpowiednich warunków sanitarnych i higienicznych, wczesne rozpoznanie najlżejszych objawów choroby, leczenie chorób zakaźnych, usuwanie chorych ze zdrowego otoczenia, to są problemy tak ściśle ze sobą połączone, że nie może tu być mowy o ich rozgraniczeniu. Problemy te powinny być rozwiązywane przez **jeden ośrodek dyspozycyjny.**

Zagadnienie połączenia profilaktyki i leczenia rozwiązują współczesne ośrodki zdrowia.

Zaletą ośrodków zdrowia jest możność wyposażenia ich w najnowocześniejsze narzędzia pracy jak: Rentgen, elektrokardiogram, lampy i inne aparaty — niedostępne dla przeciętnego prywatnego gabinetu lekarskiego. Obsługiwanie zaś ośrodków zdrowia przez wielofachowe i wielospecjalistyczne zespoły stwarza warunki pracy zespołowej, badań konsyljarnych, co przy dzisiejszym zróżniczkowaniu w medycynie posiada ogromne znaczenie dla ścisłego rozpoznania.

Dalszą zaletą ośrodka jest uwolnienie lekarza od koniecznej roboty „papierowej" przez możność zatrudnienia siły pomocniczej.

Wreszcie, system ośrodków umożliwia społeczną kontrolę pracy personelu oraz zmianę jego oblicza moralno-społecznego.

SIEĆ OŚRODKÓW ZDROWIA

Aby mówić o właściwej działalności zapobiegawczej i walce z chorobami społecznymi, należy zdać sobie sprawę, że muszą one objąć całe środowisko ludzkie, ujmując je w poszczególne rejony, liczące mniej więcej od 10.000 do 15.000 mieszkańców.

Tak więc, powstaną **zespoły** ośrodków zdrowia, których hierarchiczna sieć pozwoli na skierowywanie w razie potrzeby ubezpieczonych od ośrodka najprostszego typu (np. gminnego) do dalszych hierarchicznie wyższych, ośrodków zdrowia (powiatowego, wojewódzkiego, a nawet wysoko specjalistycznego).

Ponadto kliniki uniwersyteckie sprawować będą wysoki nadzór fachowy nad całym im podległym terytorium, co przyczyni się do podniesienia poziomu usług leczniczych.

Tak pomyślana sieć ośrodków rozwiązuje w zasadzie problem lecznictwa otwartego.

DALSZY ETAP

Jednak Ministerstwo Zdrowia nie chce stanąć na tym etapie. Następnym zadaniem, jakie stawia sobie polska służba zdrowia, jest **racjonalne połączenie lecznictwa otwartego z zamkniętym.** Takie łączenie ośrodka ze szpitalem jest, przy braku u nas dostatecznej ilości kwalifikowanego personelu służby zdrowia, ideą szczególnie szczęśliwą. Poza ekonomią dysponowania szczupłymi kadrami lekarskimi, zasada ta pozwoli na racjonalną obserwację przypadku chorobowego, kontynuowanie obserwacji nad chorym, wypisanym ze szpitala, umożliwi wielostronność praktyki.

Zasada ta będzie wprowadzona w życie w miarę pokonywania istniejących jeszcze trudności lokalowych w planie sześcioletnim.

BUDOWA **SPOŁECZNEJ** SŁUŻBY ZDROWIA

Na obecnym gospodarczym etapie kraju, obciążeni skutkami polityki kapitalistycznej, zniszczeni wojną i okupacją, nie możemy jeszcze realizować najsłuszniejszej zasady objęcia — w s z y s t k i c h ludzi b e z p ł a t n ą opieką lekarską.

Toteż jako zadanie doraźne, Ministerstwo Zdrowia postawiło realizację SPOŁECZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA — systemu, który obejmuje opieką przede wszystkim element ludzki specjalnie ważny społecznie, element pracujący.

Ustawą z dnia 28.V.49 r. Ministerstwo Zdrowia p o d p o r z ą d k o w a ł o s p o ł e c z n e j s ł u ż b i e z d r o w i a w s z y s t k i e i n s t y t u c j e l e c z n i c z e w k r a j u. W ten sposób prywatne, samorządowe, dobroczynne i państwowe instytucje lecznicze, o ile przedstawiają większe znaczenie dla zdrowia publicznego, mogą zostać włączone do społecznej służby zdrowia.

Na podstawie tej ustawy i umowy z Ubezpieczalniami Społecznymi Ministerstwo Zdrowia przejmuje odpowiedzialność za zdrowie obywateli.

Echem tej ustawy jest już inicjatywa, z jaką wystąpił ostatnio Zarząd Główny Polskiego Czerwonego Krzyża, inicjatywa przekazania ambulatoriów i poradni do dyspozycji Ubezpieczalni Społecznych. Podobnie, w dalszej kolejności przewiduje się oddanie ośrodków, prowadzonych przez TOZ i in.

Należy także wspomnieć o zawieranych obecnie umowach pomiędzy Ubezpieczalniami, a samorządami terytorialnymi, które kontraktują wszystkie ośrodki zdrowia do dyspozycji Ubezpieczalni.

DROGA DO **POWSZECHNEJ** SŁUŻBY ZDROWIA

Jak z powyższego wynika, Ubezpieczalnie Społeczne, zyskując do swej dyspozycji większość czynnych obecnie zakładów lecznictwa otwartego, będą mogły w całej pełni zrealizować powierzone im zadanie opieki nad 10 milionami ubezpieczonych.

Tak więc, obejmując bezpłatną opieką ponad 40% ludności, realizujemy częściowo pierwszy etap POWSZECHNEJ SŁUŻBY ZDROWIA, wzorując się na najdoskonalszej formie organizacyjnej służby zdrowia, jaka została wprowadzona w Związku Radzieckim.

W miarę rozwoju społeczno - gospodarczego naszego kraju oraz w miarę wzrastania kadr, będziemy zbliżali się do okresu c a ł k o w i t e j b e z p ł a t n e j pomocy lekarskiej d l a w s z y s t k i c h obywateli — do pełnej realizacji **powszechnej** służby zdrowia w Polsce.

W.

Dr MARIA BOGUSZEWSKA

ZAGADNIENIE HIGIENY PRACY W POLSCE

ZADANIEM higieny pracy jest ochrona zdrowia człowieka w warunkach, w jakich on wykonuje swoją pracę zawodową, aby zapewnić z jednej strony największą wydajność pracy, a z drugiej możliwie wydajność tę jak najbardziej przedłużyć. Te zasadnicze warunki spełnić może jedynie planowa i szeroko rozbudowana organizacja służby zdrowia w zakładach pracy.

Higiena pracy oparta na podstawach naukowych jest dziedziną medycyny względnie nową; jej początki sięgają okresu pierwszej wojny światowej, kiedy konieczność zwiększenia produkcji na potrzeby wojny, wprowadzenie nowych, często dla zdrowia szkodliwych, surowców wywołały spadek produkcji na skutek masowych zatruć i schorzeń wśród robotników.

Przedtem higieną pracy interesowały się jednostki i to raczej z punktu widzenia filantropijnego lub higieny ogólnej. W ustroju kapitalistycznym higiena pracy jest w zasadzie w pojęciu kapitalisty zbędnym obciążeniem, tym bardziej, że wobec współistnienia armii bezrobotnych nie brak rąk roboczych pomimo ubywania robotników z procesu produkcji wskutek niezdolności do pracy. W takich warunkach higiena pracy jest swego rodzaju ustępstwem kapitalistów na rzecz coraz bardziej dynamicznej klasy robotniczej.

Wielka rewolucja Listopadowa stała się potężnym impulsem do rozwoju nowocześnie pojętej higieny pracy. W Związku Radzieckim ochrona zdrowia jest naczelnym przywilejem mas pracujących. Praca, jako najważniejszy czynnik, stanowiący o bogactwie i sile państwa, o dobrobycie jego obywateli musi być chroniona.

W Polsce po pierwszej wojnie światowej, w okresie nasilania się ruchu robotniczego sfery rządzące uczyniły pewne ustępstwa. Państwowa Inspekcja Pracy, zajmowała się głównie łagodzeniem zatargów między robotnikami a pracodawcami. Lekarska inspekcja pracy miała bardzo ograniczony zakres działania i liczyła zresztą zaledwie 2 lekarzy. Tylko kilka zakładów przemysłowych, głównie państwowych, posiadało własnych lekarzy-higienistów. Pierwszą pomocą w fabrykach nikt się właściwie nie interesował. Nieszczęśliwy wypadek przy pracy przypisywany był z reguły winie samego poszkodowanego.

Jedyną placówką naukową dla omawianych zagadnień był Oddział Higieny Pracy przy Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie. Wyposażenie i budżet tego oddziału były bardzo szczupłe, wprost śmieszne na ówczesne stosunki. Niedostateczna pomoc lekarska ze strony Kasy Chorych, ubogie szpitalnictwo oraz nieliczne ośrodki zdrowia, zajmujące się wtedy tylko profilaktyką względnie opieką społeczną, uzupełniały żałosny obraz ochrony zdrowia mas pracujących. Okupacja niemiecka w znacznym stopniu wyniszczyła zarówno kadry służby zdrowia, jak również szpitale i ośrodki zdrowia. W rezultacie, nasze Państwo Ludowe poza kilku lekarzami w zakładach pracy zastało zupełną dezorganizację w zakresie ochrony zdrowia.

Po wojnie, w okresie szybkiej odbudowy zniszczonych fabryk, stawiania nowych zakładów przemysłowych, uruchamiania zupełnie nowych gałęzi przemysłu, zaczęło się — nieraz chaotyczne — organizowanie ochrony zdrowia w zakładach pracy. Każdy niemal resort ministerialny tworzył od nowa swoje placówki służby zdrowia.

W końcu drugiego roku planu 3-letniego liczba lekarzy przemysłowych sięgała 1000 osób. Brak podstaw prawnych i należytych instrukcji regulujących kompetencje stwarzał częstokroć okazje do zbędnej wielotorowości pracy oraz uniemożliwiał fachową kontrolę. Niedostatek personelu fachowego, zarówno lekarskiego, jak i pomocniczego, był dotkliwą bolączką, a brak w zakładach przemysłowych urządzeń ochronnych i wentylacyjnych oraz brak wytwórni instalacji tego rodzaju utrudniał pracę w zakresie ochrony zdrowia robotników. Szybki postęp odbudowy i stabilizacja życia gospodarczego znacznie polepszyły ochronę zdrowia w przemyśle, jednakże dystans między potrzebami w tej dziedzinie a możliwościami zaspokojenia ich niewiele się zmniejszył.

Wyrównanie nie może od razu nastąpić. Warunkiem najważniejszym jest zwiększenie kadr służby zdrowia, z uwagi jednak na czas konieczny dla studiów lekarskich nie da się to szybko zrealizować. W obecnym, końcowym etapie planu 3-letniego i okresie przygotowawczym do planu 6-letniego szereg zagadnień ochrony zdrowia zyskuje należne im miejsce.

Na pierwszy plan wysuwa się konieczność wprowadzenia planowej, jednolitej organizacji służby zdrowia w zakładach pracy. Racjonalna gospodarka kadrami tej służby da niewątpliwie możność lepszego i oszczędniejszego ich wykorzystania.

Troska o człowieka, jeden z dominujących postulatów państwa o ustroju demokracji ludowej, znalazła swój wyraz w tym, że Ministerstwo Zdrowia opracowało wytyczne organizacji ochrony zdrowia w zakładach pracy w ramach planu 6-letniego. W tym celu wykorzystano 30-letnie na tym polu doświadczenie Związku Radzieckiego. Do cech charakteryzujących nową organizację ochrony zdrowia w zakładach pracy należy: zbliżenie opieki lekarskiej do warsztatu pracy, zapobieganie zatruciom, chorobom zawodowym i schorzeniom ogólnym, ciągłość fachowej opieki lekarskiej na jak najwyższym poziomie.

Zbliżenie opieki lekarskiej do warsztatu pracy polega na tworzeniu fabrycznych ośrodków zdrowia na terenie dużych fabryk i ośrodków przyfabrycznych dla obsługi kilku jednocześnie mniejszych zakładów przemysłowych. Związanie zapobiegania z lecznictwem w chorobach zarówno zawodowych, jak i ogólnych realizuje się przez rozszerzanie zakresu działania takich ośrodków zdrowia. Dotyczy to akcji profilaktycznej, prowadzonej w ramach poradni higieny pracy oraz lecznictwa w poradni ogólnej, a w miarę potrzeby i możliwości — specjalistycznej. Zaliczyć tu trzeba również opiekę lekarską nad instytucjami o charakterze socjalnym, jak np. opieka nad matką i dzieckiem, sportem robotniczym i wczasami. Ciągłość opieki lekarskiej znajduje swój wyraz w tym, że początek jej stanowią badania nowowstępujących do pracy, badania okresowe, udzielanie porad lekarskich oraz wykonywanie drobnych zabiegów na terenie fabrycznego lub przyfabrycznego ośrodka zdrowia. Stąd, w miarę potrzeby, robotnicy mają być kierowani do poradni specjalistycznych, do szpitali względnie sanatoriów.

W wypadku drobnych skaleczeń w zakładach pracy najpierwszej pomocy udzielać mają wyszkoleni w tym celu członkowie załogi fabrycznej, tzw. ratownicy sanitarni. Obowiązek udzielania pierwszej pomocy należy właściwie do pielęgniarki przemysłowej w punkcie pielęgniarskim, który ma być czynny przez wszystkie zmiany w fabryce.

Do obowiązków lekarza przemysłowego należy przeprowadzanie wśród pracowników badań wstępnych i okresowych, obserwacja warunków pracy, kontrola stanu higieniczno - sanitarnego zakładu, nadzór nad pracą pielęgniarek przemysłowych i ratowników sanitarnych.

Rozpoznawanie i leczenie chorób zawodowych odbywa się w ośrodkach leczniczo - badawczych, które korzystają z pomocy lekarzy - specjalistów.

Instytucjami dla badań naukowych różnych zagadnień higieny pracy są: Oddział Higieny Pracy przy Państwowym Zakładzie Higieny w Łodzi oraz tworzący się Instytut Higieny Pracy przy Akademii Lekarskiej w Bytomiu.

Fachowa i organizacyjna kontrola terenowych placówek służby zdrowia w dziedzinie higieny pracy należy do referatów higieny pracy w wojewódzkim wydziale zdrowia, na szczeblu zaś centralnym do inspektorów lekarskich Ministerstwa Zdrowia.

Do Państwowych Inspektoratów Pracy należy sprawa technicznego zabezpieczenia warsztatów pracy. Doniosłe zadania do spełnienia mają społeczni inspektorzy pracy, powoływani obecnie z pośród techników, majstrów a nawet robotników, posiadających duże doświadczenie i odpowiednie przeszkolenie.

Podstawowy warunek higieny pracy stanowi hermetyzacja i mechanizacja procesów wytwórczych. Odpowiednie oświetlenie jest nie tylko warunkiem higienicznym, lecz także zapewnia bezpieczeństwo pracy. Urządzenia wentylacyjne i ochronne mają niewątpliwy wpływ na wydajność pracy, ponieważ warunkują ochronę zdrowia robotników.

Harmonijne współdziałanie omówionych powyżej czynników zmniejszy liczbę schorzeń zawodowych i ogólnych, obniży statystykę nieszczęśliwych wypadków przy pracy a tym samym podniesie zdrowotność mas pracujących.

Maria Boguszewska

Dr. med. BENDARZEWSKI STANISŁAW
ppłk. lek

PRZETACZANIE KRWI

RYS HISTORYCZNY

Nauka o przetaczaniu krwi początkiem swym sięga czasów starożytnych. Już HIPOKRATES (400 lat przed Chrystusem) zalecał leczenie krwią. Umieli także leczyć krwią kapłani egipscy, a w Rzymie starcy i chorzy pili krew umierających na arenie cyrku gladiatorów wierząc w jej ozdrawiające i odmładzające własności. W średniowieczu podstarzali dworzanie Katarzyny de Medici, chcąc się odmłodzić wysysali krew z żył młodych chłopców.

W roku 1492 dla uzdrowienia papieża Inocentego VIII pobrano krew od trzech 10-letnich chłopców i sporządzono z niej lek dla papieża. Wszyscy trzej chłopcy zmarli a i papież nie wyzdrowiał.

W 1628 HARWEY ogłosił prawo krwiobiegu, to znaczy wyjaśnił na czym polega mechanizm krążenia krwi. Do tego czasu bowiem miano o tych sprawach niejasne pojęcie, sądząc, że żyły wypełnione są krwią, a tętnice powietrzem. Po odkryciu HARVEYA wielu uczonych zaczęło myśleć o wprowadzaniu w celach leczniczych krwi obcej wprost w żyły chorego. Wykonano cały szereg doświadczeń na zwierzętach przetaczając krew jednego zwierzęcia drugiemu po czym rozpoczęto przetaczać krew zwierzęcą ludziom. Stosowano krew jagnięcia. Próby na ludziach wypadały nie zawsze pomyślnie tak, że nawet władze państwowe i kościół zabroniły przetaczań. Wstrzymało to dalsze próby na kilkadziesiąt lat. Uczeni jednak nie przestali się interesować tym zagadnieniem.

W 1819 roku angielski akuszer BLUNDELL przetoczył po raz pierwszy krew od człowieka do człowieka. Sukces BLUNDELLA nabrał rozgłosu i zjednał mu naśladowców. Ponieważ jednak i tym razem wyniki często były niepomyślne, przetaczanie krwi nie zyskiwało na popularności. Radykalny zwrot w rozwoju tego zagadnienia stanowi odkrycie wiedeńskiego serologa LANDSTEINERA, który zauważył, że jeżeli zmiesza się krew dwóch ludzi to czasem w mieszaninie następuje zlepianie się krwinek czerwonych. Dalsze badania uczonych (JANSKY, DUNGERN, HIRSZFELD) doprowadziły do podziału krwi na 4 grupy. Odtąd przed przetaczaniem zaczęto badać grupy krwi. Liczba niepowodzeń znacznie zmalała. Początkowo dla przetaczania krwi zszywano tętnicę dawcy z żyłą biorcy, co było zabiegiem trudnym. To też wkrótce zaczęto żyły dawcy i biorcy łączyć za pomocą rurek. Stopniowo postarano się i ten zabieg uprościć wynajdując różne aparaty do przetaczania krwi.

Amerykanie ROUS i TURNER zaproponowali używać do przetaczań krew przechowywaną, zabezpieczoną od psucia się przez dodatek glukozy i roztworu cytrynianu sodu. Pozwalało to na użycie krwi dopiero w jakiś czas po jej pobraniu, oraz umożliwiło robienie zapasów krwi.

Już podczas pierwszej wojny światowej przetaczanie krwi było stosowane u żołnierzy amerykańskich i angielskich (w armii francuskiej i niemieckiej także, ale rzadziej). Początkowo robiono przetaczanie bezpośrednie od dawców, pod koniec wojny używano już na szeroką skalę krwi konserwowanej.

W OKRESIE MIĘDZYWOJENNYM

Po pierwszej wojnie światowej uczeni całego świata intensywnie pracują nad problemem przetaczania krwi, (zwłaszcza nad przedłużeniem okresu używalności krwi konserwowanej) nad upowszechnieniem jej produkcji itd. Obok prac amerykańskich na pierwszy plan wysuwają się prace uczonych radzieckich.

W Związku Radzieckim na sprawę przetaczania krwi po rewolucji październikowej zwrócono szczególną uwagę. Wprawdzie już w Carskiej Rosji interesowano się przetaczaniem krwi. Akuszer petersburski WOLF dokonał pierwszego w Rosji przetaczania krwi ludzkiej, ratując życie skrwawionej położnicy już w kilkanaście lat po pierwszej transfuzji BLUNDELLA. W ubiegłym stuleciu ukazało się w Rosji wiele cennych prac naukowych o przetaczaniu krwi i opisano około 60 przetaczań wykonanych ze zmiennymi wynikami. Pierwszego przetoczenia z uwzględnieniem badania grup krwi dokonał SZAMOW w 1919 roku w Leningradzie i odtąd problemem przetaczania krwi zajęto się w Rosji bardzo żywo. Powstaje kilka instytutów przetaczania krwi, problem przetaczań omawia się na zjazdach naukowych zakłada się specjalne pisma naukowe poświęcone temu zagadnieniu.

Na międzynarodowych zjazdach hematologów w 1935 r. w Rzymie i w 1937 r. w Paryżu, delegacja radziecka wystąpiła z olbrzymim dorobkiem naukowym, przewyższając wynikami nawet uczonych amerykańskich.

Jeszcze więcej zrobiono w Związku Radzieckim w kierunku udostępnienia najszerszym rzeszom ludności bezpłatnego leczenia krwią. Drogą uświadomienia i umiejętnej propagandy stworzono w Rosji najliczniejszy i najlepiej w świecie zorganizowany zespół dawców.

Instytuty przetaczania krwi, liczne ich filie i stacje rozrzucone po małych miastach pobierały krew od dawców, produkowały krew konserwowaną, przechowywały i zaopatrywały w nią potrzebujących. W 1939 r. w ZSRR wykonano około 150.000 przetaczań krwi. Dzięki doskonałej organizacji i masowej pro-

dukcji krwi konserwowanej, z chwilą wybuchu drugiej wojny światowej, Związek Radziecki od samego początku mógł zaopatrywać w krew armie walczące, co w niemałym stopniu przyczyniło się do tego, że 75% z pośród rannych żołnierzy radzieckich powróciło na front.

Nieco inaczej rozwija się organizacja krwiodawstwa w innych państwach. Wszędzie powstają mniej lub bardziej liczne ośrodki krwiodawców. W niektórych państwach (Stany Zjednoczone„ Japonia, Niemcy, Polska) krwiodawstwo stanowi dobrze płatną profesję, w innych krajach dawcy bądź to dają krew bezinteresownie, najczęściej dorywczo, w ramach akcji dobroczynnej (Anglia, Włochy, kraje Skandynawskie) bądź też, jak we Francji i Hiszpanii, dawcy są częściowo opłacani. Wysoki koszt pobieranej krwi w jednych państwach, dorywczość zaś akcji dobroczynnej w drugich powoduje, że produkcja krwi konserwowanej nigdzie nie rozwija się na szeroką skalę. Organizacja obliczona wszędzie jedynie na pokrycie niezbędnych zapotrzebowań czasu pokojowego, jest zupełnie niewystarczająca na wypadek wojny. To też w państwach kapitalistycznych przejście na wojenną produkcję krwi konserwowanej, w sensie usprawnienia organizacji krwiodawstwa i wielokrotnego zwiększenia produkcji, miało miejsce już podczas wojny. Trzeba przyznać, że w Ameryce i Anglii odbyło się to bardzo sprawnie. W Ameryce zorganizowanie dawców powierzono Czerwonemu Krzyżowi. Podczas wojny pobrano krew osiem i pół miliona razy. W Anglii już w drugim roku wojny posiadano 900 ośrodków zaopatrujących armię w krew. Natomiast zwykle zapobiegliwe Niemcy nie przygotowały się zupełnie. FRANZ przyznaje, że podczas napadu na Polskę, nie zastosowano przetaczania krwi konserwowanej u żołnierzy niemieckich bodaj ani razu, a i w roku następnym, w podboju Francji, przetaczanie krwi stosowano w pojedynczych tylko przypadkach.

W Polsce przetaczaniem krwi zainteresowano się zaraz po odzyskaniu niepodległości, o czym świadczy liczny udział uczonych polskich w pracach naukowych nad tym zagadnieniem, (HIRSZFELD, GNOIŃSKI, RUTKOWSKI, SOKOŁOWSKI, SZARECKI, ZAORSKI i wielu innych). W roku 1935 powstaje w Warszawie z inicjatywy PCK Instytut Przetaczania Krwi pod dyrekcją doc. GNOIŃSKIEGO. Powstają ośrodki krwiodawców. Niestety panujący ustrój polityczny sprawia, że krwiodawcy w Polsce są płatnymi zawodowcami jak w Stanach Zjednoczonych, lub w Niemczech. W dodatku krew jest w Polsce droższa niż w innych państwach. Akademicki ośrodek krwiodawców (AOK) w Warszawie pobierał 1 zł za 1 ml krwi. To znaczy, iż przetoczenie średniej ilości krwi 300—500 ml. kosztowało więcej niż wynosiła miesięczna pensja przeciętnego urzędnika. Biedak zaś potrzebujący transfuzji mógł liczyć jedynie na dar z czyjejś łaski.

PO WOJNIE

W chwili wybuchu wojny doc. GNOIŃSKI organizuje stację przetaczania krwi w Lublinie, Zamościu, i Łucku natrafiając wszędzie na gotowość i ofiarność społeczeństwa. Szybki rozwój akcji wojennej uniemożliwia niestety rozwinięcie planowej działalności ośrodków.

Zarówno więc podczas krótkiej wojny 1939 roku, podczas walk konspiracyjnych za czasów okupacji, jak i w powstaniu warszawskim zaopatrywanie w krew miało charakter sporadyczny. Dzięki niezwykłej ofiarności społeczeństwa, dawców nigdy nie brakło, przetaczano więc krew bezpośrednio od dawcy.

Obecnie Ministerstwo Zdrowia, przyjęło na siebie ciężar opłacania dawcy, obowiązek zaś odpowiedniej rozbudowy akcji krwiodawstwa powierzyło Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi. Dla potrzebującego obywatela krew jest więc dziś lekiem bezpłatnym.

Postanowienie takie przynosi zupełnie nowe możliwości tak dla chorego jak i dla lekarza praktyka, tym bardziej, że rozszerzona produkcja krwi konserwowanej umożliwi dostarczenie jej do najdalej położonych osiedli. Z tym wiąże się obowiązek dokładnego zapoznania się lekarzy i pielęgniarek z zagadnieniem przetaczania krwi.

GRUPY KRWI

Dzięki odkryciom LANDSTEINERA i innych badaczy dzielimy krew na 4 grupy. 4 gatunki krwi, odróżniające się zawartością pewnych specjalnych ciał w krwinkach i surowicy krwi.

Ciała zawarte w krwinkach czerwonych nazwano aglutynogenami, w surowicy zaś aglutyninami. Wykryto ich po dwa: aglutynogeny w krwinkach nazwano literami A i B, aglutyniny zaś w surowicy greckimi literami alfa i beta. Zetknięcie się jednoimiennych ciał np. aglutynogenu A z aglutyniną alfa powoduje aglutynację czyli zlepianie się krwinek. Człowiek więc w swej krwi nie może posiadać ciał jednoimiennych np. posiadając w krwinkach agulutynogen A nie może w surowicy mieć aglutyniny alfa, nastąpiłoby bowiem zlepienie się jego własnych krwinek. Podstawą podziału na grupy jest zawartość tych ciał we krwi. Nazwa grupy pochodzi od aglutynogenu zawartego w krwinkach tej grupy. Możliwe są więc 4 kombinacje.

Krew grupy O można przetoczyć posiadaczowi każdej innej grupy, natomiast posiadacz grupy O może przyjąć krew tylko O. Posiadacz krwi grupy O jest więc generalnym dawcą krwi.

Krew grupy A wolno przetoczyć posiadaczowi grupy A i AB; posiadacz grupy A może otrzymać krew grupy A i O.

Krew grupy B wolno przetoczyć posiadaczowi gr. B i AB, posiadacz grupy B może otrzymać krew grupy B i O.

Krew AB wolno przetoczyć tylko posiadaczowi tej samej grupy, natomiast posiadacz krwi grupy AB może otrzymać krew każdej grupy, jest więc generalnym biorcą.

Dalsze bądania naukowe wykazały, że sprawa podziału na 4 grupy nie przedstawia się tak zupełnie prosto. Wykryto bowiem szereg dodatkowych ciał: a więc aglutynogeny M, N, P, Rh i podgrupy . Przy przetaczaniu krwi jednak czynniki te nie mają praktycznego znaczenia pod warun-

kiem, że przed każdą transfuzją wykona się 3 wstępne próby:

1) Określenie grup krwi
2) Próba krzyżowa
3) Próba biologiczna.

Próby te są zupełnie łatwe. Przy odrobinie wprawy może je wykonywać każda pielęgniarka pod kontrolą lekarza, tak jak to w szerokim zakresie miało miejsce w armii radzieckiej na froncie. Sumienne wykonanie wszystkich powyższych prób przed każdym przetaczaniem — zapewni bezpieczeństwo zabiegu. Bez tych prób przetaczanie krwi jest niedopuszczalne.

OKREŚLANIE GRUP KRWI

Potrzebne są: a) surowice wzorcowe grupy A i grupy B. (Surowice nabywa się w P. Z. H., najlepiej w małych fiolkach dla 2—3 razowego użycia. Jeżeli używa się surowicę dłużej — łatwo ją zakazić, wówczas zlepia ona wszystkie krwinki tak, że każdą krew rozpoznaje się mylnie jako grupę AB. Surowicy nawet nieotwieranej nie należy przechowywać dłużej jak pół roku, bo potem traci ona swoją moc).

b) Czyste szkiełko podstawkowe, lub talerzyk.

c) Kilka czystych bagietek (pałeczek) szklanych, (conajmniej cztery).

Wykonanie: Próba na szkiełku — prosta i pewna. Na czystym szkiełku (lub talerzyku) umieszcza się dwoma osobnymi, czystymi bagietkami po kropli surowicy A i B. A w lewym rogu szkiełka, B — w prawym. Następnie (znowu dwiema osobnymi, czystymi bagietkami) do surowic dodaje się po kropli krwi badanej. Surowicy musi być więcej od krwi. Po zamieszaniu czeka się 5 minut i następnie odczytuje wynik.

W braku aglutynacji płyn jest jednostajnie różowy, bez kłaczków. Pojawienie się wyraźnych kłaczków, o wyglądzie tłuczonej cegły, dowodzi aglutynacji.

Jeżeli krew badana należy do grupy A aglutynacja wystąpi tylko w prawej kropli — z surowicą B (aglutyniny alfa zawarte w tej surowicy zlepiają krwinki A).

Przy krwi grupy B aglutynacja wystąpi w lewej kropli (surowica A).

Krew grupy AB da aglutynację w obu kroplach, odwrotnie przy krwi O aglutynacja wcale nie wystąpi.

Uwaga: Badania należy przeprowadzać w temperaturze pokojowej (12—18). W ciepłocie zbyt niskiej (poniżej 10 stopni C.) może wystąpić aglutynacja nieswoista, nawet z kroplą soli fizjologicznej. W ciepłocie zbyt wysokiej odwrotnie, aglutynacja może wcale nie wystąpić.

PRÓBA KRZYŻOWA — najlepiej sposobem CLEMENSA.

Zmieszać na szkiełku 2—3 kropli krwi biorcy, 1 kroplę 5% rozczynu cytrynianu sodu i 2 krople chloroformu, następuje hemoliza — rozpuszczanie krwinek. Po 2—3 minutach, kiedy zapach chloroformu całkowicie się ulotni, dodaje się krople krwi dawcy, miesza się i sprawdza po 5 minutach. Jeżeli aglutynacja nie wystąpiła, krew nadaje się do przetoczenia. Sposób CLEMENSA jest niezmiernie prosty i był szeroko stosowany na froncie w armii radzieckiej.

PRÓBA BIOLOGICZNA — 1. Przy przetaczaniu bezpośrednim pobrać strzykawką 10—20 ml. krwi dawcy i wstrzyknąć ją powoli w żyłę biorcy. Jeżeli w ciągu 10—15 minut nie wystąpią żadne niepokojące objawy, można przystąpić do właściwego przetaczania przy pomocy aparatu.

2. Przy przetaczaniu krwi konserwowanej, wprowadza się powoli pierwsze 25 ml, poczem na 10 minut przerywa się przetaczanie (założyć zacisk na gumkę) i obserwuje chorego. Jeżeli nie występują objawy niepokojące, wprowadza się dalsze 25 ml. krwi, poczem dobrze jest znowu przerwać przetaczanie na 5 minut. Jeżeli i tym razem nie nastąpi nic niepokojącego, dalsze przetaczanie można prowadzić już bez obawy.

Wyżej wspomniałem, że posiadacz krwi grupy O jest generalnym dawcą, że krew grupy O można przetaczać właścicielom każdej innej grupy. W miarę możności jednak należy zawsze przetaczać krew tej samej grupy. Krew jednoimienna jest lepiej znoszona przez biorcę, zwłaszcza jeżeli biorca jest wykrwiony, lub jeśli przetacza się duże dawki krwi.

TECHNIKA PRZETACZANIA I RODZAJE KRWI

Przetaczanie bezpośrednie krwi świeżej

Polega ono na bezpośrednim przetaczaniu krwi z żyły dawcy w żyłę biorcy za pośrednictwem specjalnego aparatu.

Istnieje wiele odmian aparatów do przetaczania: strzykawkowe jak JUBE, TZANCKA, RUTKOWSKIEGO, SOKOŁOWSKIEGO lub automatyczne — BECKA, DE BAKEYA itd.

W aparatach strzykawkowych wyciąganie i wtłaczanie odbywa się przy pomocy ruchów tłoka strzykawki, w aparatach automatycznych zaś — automatycznie przez kręcenie korbki. Aparaty wymagają fachowej i troskliwej opieki: wyjaławia się je bądź w całości w autoklawie, bądź części gumowe gotuje się jak narzędzia, a części szklane przed zabiegiem zanurza się na pół godziny do spirytusu, a następnie na pół godziny do eteru.

Uwaga: Bezpośrednio po każdorazowym użyciu, należy bardzo dokładnie umyć wszystkie części aparatu.

Przed zabiegiem należy zbadać żyły dawcy i biorcy, sprawdzić książeczkę dawcy, i wykonać wszystkie trzy wyżej opisane próby wstępne (sprawdzenie grup, próbę krzyżową i próbę biologiczną).

Sam zabieg wymaga takiego przygotowania jak każda operacja chirurgiczna (mycie rąk, rękawiczki, wyjałowiona bielizna, przygotowanie pola operacyjnego).

Dawca i biorca leżą obok siebie, przeguby rąk wyjodynowane i obłożone jałową bielizną. W środku stoi stolik z aparatem do przetaczania krwi oraz jałowe naczynia: 1) z ciepłą solą fizjologiczną, 2) z 5% rozczynem cytrynianu sodu.

Przystępując do zabiegu należy sprawdzić funkcjonowanie aparatu. Zanurza się gumki, odprowadzającą i doprowadzającą, do naczynia z solą fizjologiczną i ruchami tłoka (względnie puszczeniem w ruch aparatu automatycznego) przepłukuje się, a następnie napełnia płynem cały aparat tak, aby zupełnie nie zawierał powietrza.

Teraz następuje wkłucie igieł, najpierw w żyłę biorcy, potem w żyłę dawcy. Zaraz po wkłuciu igłę zatyka się wtyczką lub łączy się z odpowiednią rurką aparatu. Kiedy wszystko jest już zmontowane rozpoczyna się właściwe przetaczanie krwi. Szybkość przepływu krwi wynosi 60—100 ml na minutę. Jeżeli podczas zabiegu tłok źle funkcjonuje, lub tworzą się skrzepy, aparat należy przepłukać solą fizjologiczną lub rozczynem cytrynianu sodu.

Przetaczanie pośrednie krwi niekrzepnącej

Sposób ten jest rzadko stosowany, jedynie tam, gdzie brak aparatu do przetaczań bezpośrednich, lub gdy zamierza się przetoczyć krew metodą zwolnioną, kropelkową. Zabieg prostszy, ale wymaga tej samej czystości co przetaczanie bezpośrednie.

Do jałowego naczynia wlewa się rozczyn cytrynianu sodu, w ilości 10 ml 10% rozczynu na każde 250 ml krwi, lub 10 ml rozczynu na każde 90 ml krwi. Następnie nakłuwa się żyłę dawcy i strumień krwi kieruje się wprost do naczynia. Krew miesza się z cytrynianem wyjałowioną pałeczką szklaną. Tak otrzymana krew nie krzepnie, nie zmienia składu i może być przechowana przez kilka godzin. Krew tę można wprowadzić w żyłę biorcy różnymi sposobami: 1) strzykawkami, 2) przy pomocy węża gumowego na którego jednym końcu jest igła, a nadrugim końcu lejek zawieszony na statywie, 3) jeżeli krew zbierało się do specjalnej butelki z dopasowanym korkiem gumowym, zawierającym 2 rurki, butelkę zatyka się tym samym korkiem, odwraca się do góry dnem i zawiesza na statywie. Jedna rurka doprowadza powietrze, druga jest połączona wężem gumowym z igłą dla biorcy.

Przetaczanie krwi konserwowanej

Jedno z największych osiągnięć współczesnej wiedzy lekarskiej. Umożliwiło ono stosowanie przetaczań w najszerszej skali, tak w czasie pokoju jak i podczas wojny. Dzięki wieloletniej pracy uczonych, przeważnie radzieckich, najbiedniejszy obywatel, mieszkający w najodleglejszym zakątku państwa, może korzystać z dobrodziejstw leczenia krwią.

Instytut oraz stacje przetaczania krwi pobierają i przechowują krew. W odpowiednich standaryzowanych flaszkach szklanych krew z dodatkiem substancji konserwujących i zabezpieczających niekrzepliwość (cytrynian sodu, glukoza, czasem alkohol) przechowywana jest w chłodnym miejscu i zachowuje swą ważność w przeciągu 15—20 dni.

Krew konserwowana, nie skłócona układa się w warstwy. Nad gładką powierzchnią osiadłych krwinek, znajduje się opalizujący żółtawy płyn — **osocze.** Jeżeli warstwa osocza jest czerwona lub mocno różowa (co świadczy o hemolizie) albo jeżeli powierzchnia krwinek nie jest gładka, lecz kłaczkowata — krew nie nadaje się do użytku. Jeżeli krew przed sprawdzeniem została skłócona, lub jeśli zachodzą wytpliwości, należy wykonać **próbę KOLESNIKOWA.**

Do próbówki zawierającej 3 ml. soli fizjologicznej wlać 6 kropli krwi badanej. Po kilku minutach krwinki opadną na dno próbówki. Różowe zabarwienie płynu, świadczące o hemolizie, dyskwalifikuje krew.

Stosując krew konserwowaną należy:

1. Sprawdzić datę przyrządzenia krwi, mając na uwadze, że krew po 15—20 dniach traci ważność,
2. sprawdzić, czy nie nastąpiła hemoliza,
3. wykonać opisane wyżej próby jak przy krwi świeżej, z tą różnicą, że próbę biologiczną z krwią konserwowaną przeprowadza się dopiero podczas przetaczania.

Sama technika przetaczania jest bardzo prosta. Butelkę z krwią ogrzewa się przez kilka minut zanurzając w ciepłej wodzie (nie cieplejszej jak 40 stopni C.), obmywa i dezynfekuje gumowe korki z obu końców butelki, po czym w górny korek wbija się igłę dla dostępu powietrza, w dolny korek zaś igłę z wężem gumowym zakończonym drugą igłą dla żyły biorcy. Przed wbiciem igły w żyłę trzeba wypuścić parę ml krwi, aby wąż gumowy i igła nie zawierały powietrza. Obowiązuje czystość jak przy przetaczaniach innych.

Osocze krwi

W niektórych krajach (przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych) szerokie zastosowanie znalazła sucha plazma ludzka. Jest to osocze krwi otrzymane drogą odwirowania niekrzepnącej krwi i wysuszenia. Suche osocze nie zawiera komórkowych składników, przez co znacznie ustępuje wartością krwi konserwowanej. Z drugiej jednak strony osocze daje się przechowywać przez wiele miesięcy bez zachowania specjalnych ostrożności. Poza tym po rozwodnieniu można je przetaczać każdemu choremu, bez uwzględnienia grup krwi, co jest wielką zaletą tego preparatu. Zasługuje on na wprowadzenie i szersze rozpowszechnienie.

ŹRÓDŁA KRWI

Państwo, które pragnie wszystkim swoim obywatelom udostępnić leczenie krwią musi posiadać dobrze zorganizowane kadry dawców. Takim państwem właśnie jest Związek Radziecki, który pod tym względem zajmuje pierwsze miejsce na świecie. Krwiodawstwo w ZSRR traktowane jest jako zaszczytny obowiązek wobec współobywateli. Dawcy otoczeni są powszechnym szacunkiem, korzystają z licznych przywilejów i ulg w pracy. Poza tym państwo otacza ich troskliwą opieką zdrowotną, pilnie dbając o to, aby dawanie krwi nie odbijało się ujemnie na zdrowiu dawcy.

Kandydata na dawcę poddaje się dokładnemu badaniu lekarskiemu. Dawcą nie może być człowiek chory na gruźlicę, malarię, kiłę, dusznicę bolesną, choroby ropne, przemiany materii, zaburzenia gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Dawanie krwi nie może szkodzić zdrowiu dawcy, z drugiej strony krew dawcy nie powinna zaszkodzić biorcy. Płeć dawcy nie odgrywa roli. Wiek: dolna granica 18 lat, górnej nie określa się, choć najlepszy okres dawania krwi to wiek młody lub dojrzały.

Osoba zakwalifikowana na dawcę musi posiadać książeczkę, gdzie się notuje wyniki badania lekarskiego i każdorazowe danie krwi. Przed każdym ponownym daniem krwi trzeba powtórzyć badanie lekarskie w całej rozciągłości. Dawca może bez szkody dla zdrowia dać 5—6 razy do roku po 300—400 ml krwi.

Innym źródłem dla produkcji krwi konserwowanej jest, niedostatecznie jeszcze u nas doceniana, krew łożyskowa. Pod względem wartości nie ustępuje ona w niczym krwi pobieranej bezpośrednio od dawcy. Należy dążyć do tego, aby krew łożyskowa została wykorzystana w jak najszerszym zakresie.

WSKAZANIA DO PRZETACZAŃ

Krew, wprowadzona za pośrednictwem transfuzji w krwiobieg chorego, spełnia wielorakie zadania. Przede wszystkim wypełnia naczynia krwionośne, poza tym ułatwia przyswajanie tlenu, zwiększa krzepliwość krwi, wzmacnia siły odpornościowe organizmu, i pobudza narządy krwiotwórcze. Ogólnie więc biorąc, przetaczanie krwi wskazane jest przede wszystkim tam, gdzie zmniejsza się ilość krwi chorego, po drugie zaś tam, gdzie zmienia się jej skład.

Najważniejsze, bezwzględne wskazanie do przetoczenia to — ostra utrata krwi, przy wszelkich urazach, połączonych z krwotokiem wewnętrznym lub zewnętrznym.

O ile przetaczanie przy wszelkich krwotokach jest wskazane, to staje się ono niezbędne tam, gdzie ciśnienie krwi chorego spada do 90 mm Hg. Jeżeli źródło krwawienia zostało usunięte, np. jeżeli zostały podwiązane krwawiące naczynia — należy przetoczyć dużą ilość krwi zależnie od stopnia wykrwawienia (0,5—1 litra).

Jeżeli jednak krwotok trwa nadal, np. przy postrzale brzucha — to przetaczanie dużych ilości krwi jest bezcelowe, a nawet niewskazane, bo podnosząc ciśnienie, zwiększa ono krwotok wewnętrzny. W takich przypadkach przystępuje się niezwłocznie do operacji, mającej na celu zamknięcie źródła krwawienia, choremu zaś stosuje się przetaczanie krwi metodą kropelkową (30—60 kropli na minutę) podczas całej operacji. Dopiero po zamknięciu źródła krwawienia przetacza się jednorazowo duży dawkę.

Prawie zawsze przy urazach połączonych z wykrwawieniem się chorego spotykamy u niego objawy tzw. wstrząsu (shocku). Bardzo często jednak mamy do czynienia z takimi urazami jak zgniecenie, przysypanie ziemią, zmiażdżenie, gdzie nie ma krwotoku, a objawy wstrząsu są wyraźne (chory blady, apatyczny, twarz zroszona zimnym potem, tętno słabo wyczuwalne, ciśnienie krwi obniżone). Taki wstrząs choć nie połączony z krwotokiem jest także ważnym wskazaniem do przetaczania krwi.

Rozległe oparzenia ciała dają również objawy wstrząsu, a więc stanowią wskazanie do przetaczania krwi lub plazmy. Ta ostatnia jest przy oparzeniach specjalnie pożądana.

Wskazaniem do przetaczań średnich i małych dawek krwi jest **niedokrwistość przewlekła, wtórna** — skutek chorób wyniszczających jak **nowotwory złośliwe,** lub choroby połączone z częstym krwawieniem jak **guzy krwawnicze, wrzód żołądka, włókniaki macicy, itd.**

Stosuje się też przetaczanie krwi przy **niedokrwistości złośliwej** i przy różnych skazach krwotocznych, jak np. **krwawiączka.**

Doskonałe wyniki daje przetaczanie krwi przy **zaczadzeniach i zatruciach gazem świetlnym.**

POWIKŁANIA PRZETACZAŃ

W miarę pogłębiania wiadomości o przetaczaniu krwi niebezpieczeństwa związane z tym zabiegiem maleją z roku na rok.

Jeżeli np. w statystyce z roku 1925 śmiertelność po przetoczeniu krwi występowała w 1,6%, a w statystyce z 1933 r. w 0,08%, to w statystyce z 1944 r. wynosiła 0,004%. Innymi słowy w 1944 roku zdarzyło się jedno śmiertelne powikłanie przeciętnie na 25.000 przetaczań. Oczywiście znacznie częściej występują powikłania lżejsze, niezagrażające życiu.

Rozróżniamy kilka rodzajów powikłań potransfuzyjnych. Do niedawna najgroźniejszym z nich był **wstrząs hemolityczny** jako wyraz niezgodności krwi dawcy i biorcy, następuje tam, gdzie przez nieświadomość, pomyłkę czy niedbalstwo dawało się krew o niezgodnej grupie.

Obecnie stosując przed przetoczeniem opisane próby wstrząs taki należy do rzadkości. Trzeba jednak dokładnie znać jego objawy, aby móc, zauważywszy je, (np. po próbie biologicznej) natychmiast przerwać przetaczanie.

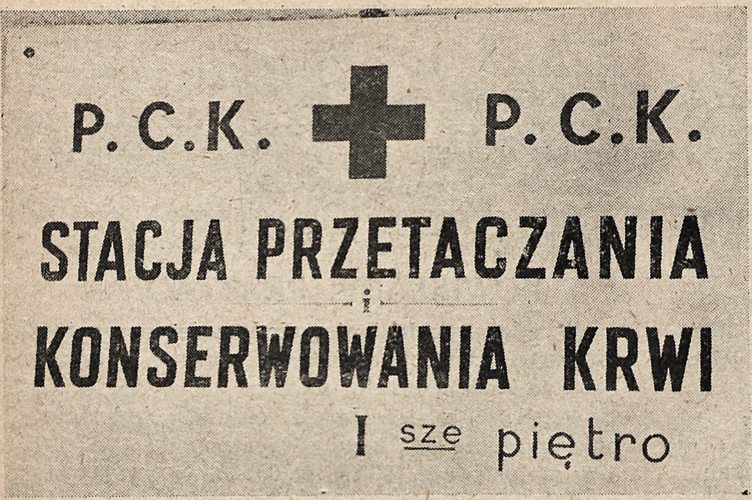
Objawy: gwałtowny ból w okolicy lędźwi, bladość, a czasem zaczerwienienie twarzy, niepokój, duszność, ściskanie w okolicy serca, przyspieszenie tętna i spadek ciśnienia krwi. W ciężkich przypadkach utrata przytomności i śmierć. Czasem śmierć następuje dopiero po kilku dniach, wśród objawów bezmoczu i mocznicy. Najlepszy ratunek — szybko przetoczyć 200—300 ml krwi zgodnej, jednoimiennej.

Znacznie rzadszą, niedostatecznie jeszcze poznaną, postacią odczynu potransfuzyjnego jest **wstrząs koloidoklazyczny,** którego przyczyną ma być niezgodność osocza dawcy i biorcy. Objawy jego podobne są do wstrząsu hemolitycznego, z tą różnicą, że niema tu hemolizy. Czasem wstrząs ten może stać się przyczyną śmierci.

Wstrząs anafilaktyczny jest wyrazem uczulenia na białko obcej surowicy. Występuje przy powtórnych przetaczaniach do tego samego dawcy (zwykle jeżeli powtórne przetoczenie ma miejsce w kilka tygodni po pierwszym). Przebiega zwykle łagodnie i objawia się pokrzywką i obrzękami, w postaciach cięższych zaś — utrudnionym oddechem z powodu skurczu oskrzeli. W celach leczniczych podaje się dożylnie wapń.

Odczyn proteinowy — częsty (w 10 — 20%) i najłagodniejszy, objawia się dreszczami, gorączką i bólami głowy. Jest to reakcja ustroju na obce białko. Wielu autorów przypisuje ten odczyn niedość czystemu utrzymywaniu aparatu, względnie naczyń, użytych do przetaczania.

Stanisław Bendarzewski



Polski Czerwony Krzyż, któremu Ministerstwo Zdrowia zleciło akcję krwiodawstwa, otwiera w całym kraju stacje przetaczania i konserwowania krwi.

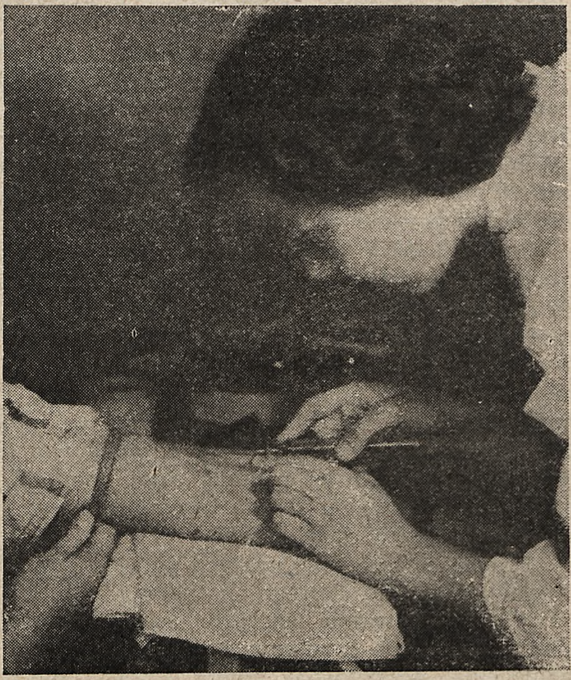
Jedna z pierwszych wzorowych stacji tego typu mieści się w Warszawie, przy ul. Katowickiej 4.

Mimo licznego przepływu dawców krwi, Stacja niezmiennie zachowuje swój nieskazitelny wygląd. Pokoje zabiegowe i pomieszczenia dla badań lśnią czystością niklu i białej farby.

Celem reportażu, przeprowadzonego w Stacji dzięki uprzejmości jej dyrektora, dr. Serafina, jest zapoznanie pielęgniarek, nie mających dotąd styczności z konserwowaniem krwi, ze szczegółami tej pracy. Przypominamy jednocześnie, że w N-rze 2—3 z 1948 r. podawaliśmy szczegółowo technikę samego przetaczania krwi (bezpośrednio i krwi konserwowanej).

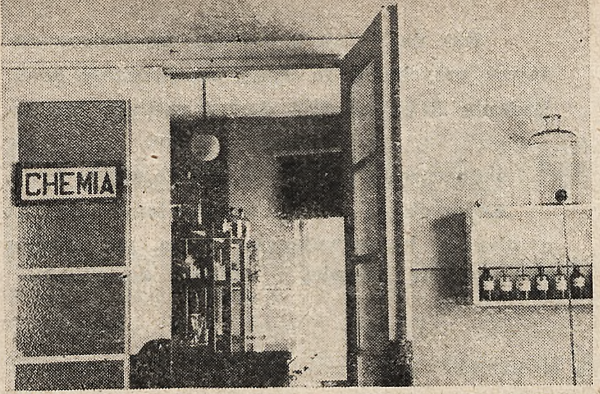
Przypatrzmy się bliżej, jaką drogę przebywa krew od nieznanego dawcy do ampułki, która powędruje dalej do chorego, potrzebującego transfuzji.

Nieznany jeszcze dawca, który zgłasza się do Stacji, zostaje poddany ogólnym badaniom klinicznym oraz badaniom krwi fizykalnym i chemicznym: pobiera się krew do badań na morfologię, WR, opad krwinek, grupę i RH.



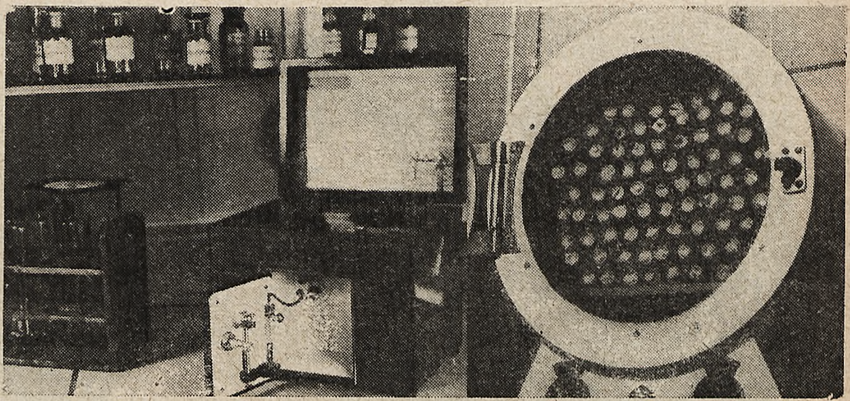


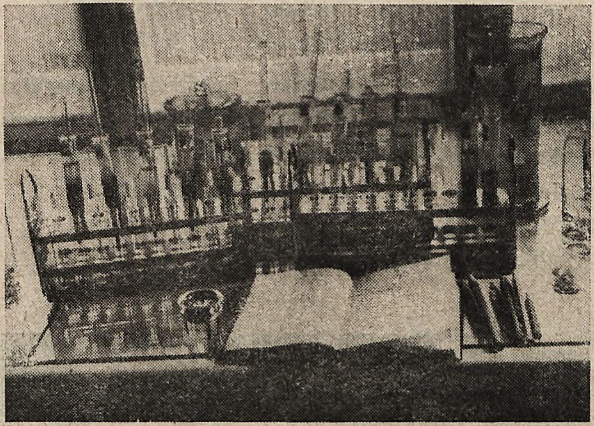
Rozmaz, badany pod mikroskopem, daje wstępny obraz krwi. O ile wszystkie wstępne badania wypadają korzystnie, kandydat zostaje zapisany do kartoteki krwiodawców.



Umyte i zakąpslowane papierem ampułki wyjaławia się drogą suchej sterylizacji, następnie kapsluje ponownie, wyjałowionymi kapslami **g u m o w y m i** i już z zawartością 30 cc płynu do konserwowania, wkłada do autoklawu, pod mniejsze ciśnienie.

Z pokoju **z a b i e g o w e g o** przechodzimy do **c h e m i c z n e g o**. Znajdujemy tu szafy zastawione płynami do konserwowania krwi (cytrynian sodu, glukoza, alkohol etylowy). W statywach stoją szeregi wyjałowionych ampułek, obok aparat do określania kwasowości krwi, lub płynu konserwującego — pehametr.



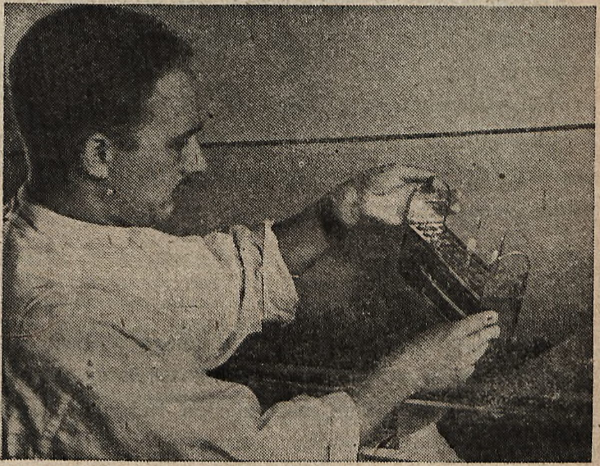


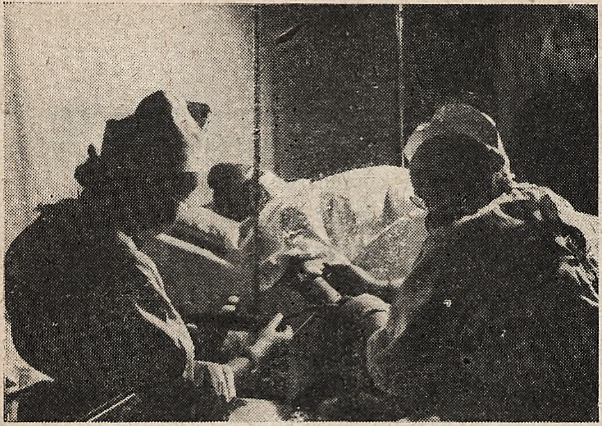
Do badania reakcji WR służy łaźnia wodna ze szklanym, ruchomym daszkiem, wyglądająca jak miniaturowa oranżeria.

Przechodzimy do **p o k o j u   s e r o l o g i c z n e g o**, gdzie znajduje się chłodnia do przechowywania znanych krwinek i znanych surowic, służących do określenia grup krwi, urządzenia do badania na Rh oraz — co najciekawsze — przyrządy do badania grup krwi.

Umieszczone w statywach probówki zawierają mieszaninę znanych krwinek z nieznanymi surowicami i znanych surowic z nieznanymi krwinkami.

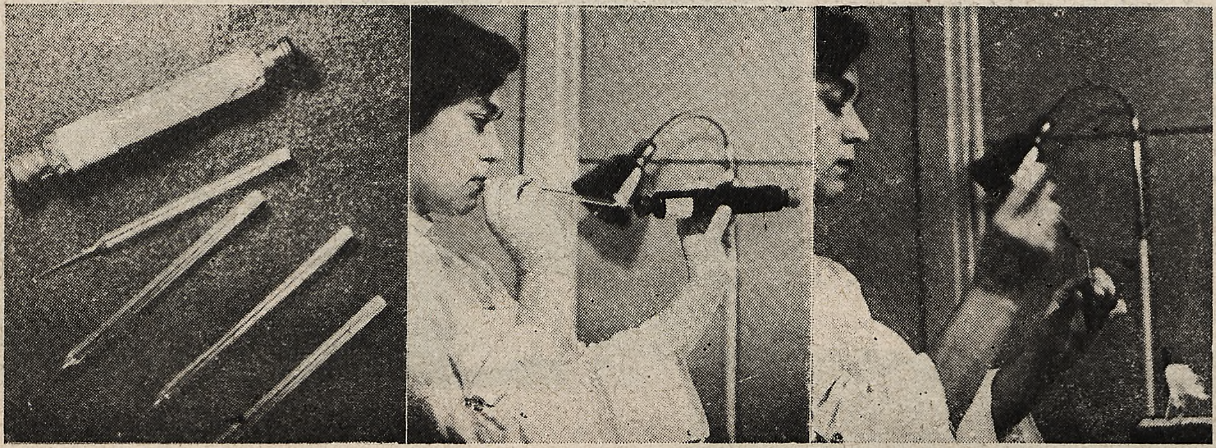
O ile w wyniku próby krzyżowej stwierdzamy brak aglutynacji (sklejania krwinek) możemy dawcę zapisać do odpowiedniej grupy.





Raz na 4 lub 6 tygodni zarejestrowany dawca przychodzi do Stacji na pobranie krwi. Badaniu krwi na WR dawca podlega raz na miesiąc.

Jednorazowo pobiera się 200 do 300 cc krwi. Krew zbiera się do wyjałowionej ampułki z płynem konserwującym, którą po zabiegu opatruje się nalepką i wstawia do chłodni.



P o k ó j b a k t e r i o l o g i c z n y

a) Zakapslowana ampułka z krwią konserwowaną oraz szklane rurki pasteurowskie.

W jednym końcu rurki umieszczony jest wacik, drugi koniec jest wytopiony w kształcie szydełka.

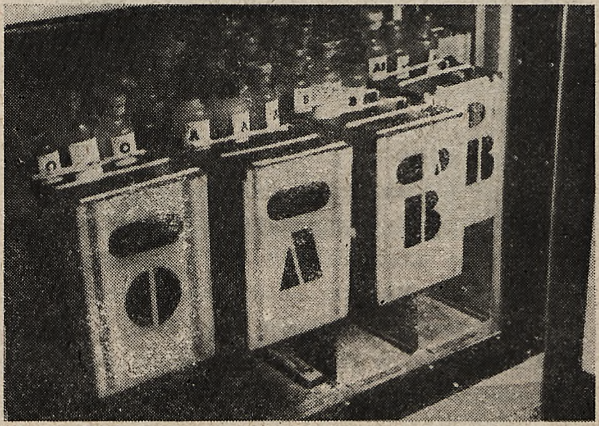
b) W celu pobrania krwi na posiew odłamuje się zakończenie rurki pasteurowskiej i po zdezynfekowaniu kapsla wbija się do ampułki z krwią; trzymając końce rurki z wacikiem w ustach, nabiera się krwi do rurki.

c) Krew pobraną z ampułki wpuszcza się na posiew do przygotowanej probówki. Jest to ostateczne badanie jałowości krwi.

Chłodnia z gotowymi do wydania ampułkami krwi konserwowanej.

Każda ampułka zaopatrzona jest w kolorową nalepkę z literą grupy i numerem rejestracyjnym.

Odpowiednikiem nalepki są k a r t y m e t r y k a l n e krwi. Ampułkę wydaje się do szpitali razem z kartą metrykalną, której duplikat pozostaje w Stacji.



W stacji spotykamy właśnie paru stałych krwiodawców. Stałe oddawanie krwi nie tylko im nie szkodzi, jak to mylnie mogą mniemać laicy, ale wzbudza apetyt i dobre samopoczucie.

Jedna z pań, już po czterdziestce, twierdzi, że zabieg ten stosuje jako leczniczy, odradzający upust.

(Foto WAF) *A. Biernacka*

STANAKOWSKA KRYSTYNA
Pielęgniarka Powiatowa
Śrem, woj. Poznańskie

PRACA PIELĘGNIARKI POWIATOWEJ

DONIOSŁE przemiany społeczne i reorganizacja Służby Zdrowia w Polsce spowodowały, iż Ministerstwo Zdrowia powołało ostatnio do pracy na terenie całej Polski **pielęgniarki powiatowe.** Pielęgniarka powiatowa pozostaje w ścisłej współpracy z lekarzem powiatowym i pod jego kierownictwem wykonuje wszystkie swoje czynności.

Do zadań tych należy:

1. Rejestracja, instruowanie i nadzór nad średnim personelem sanitarnym, zatrudnionym w instytucjach i wolnopraktykującym na danym terenie.
2. Przeprowadzanie inspekcji wszystkich instytucji publicznej służby zdrowia, w celu kontroli pracy średniego personelu sanitarnego.
3. Wykonywanie czynności pielęgniarskich w Obwodowych Ośrodkach Zdrowia na zlecenie lekarza powiatowego.
4. Pomaganie lekarzowi powiatowemu w sporządzaniu zapotrzebowań na podstawie danych zgłoszonych przez teren.
5. Porządkowanie sprawozdań napływających z terenu i przestrzeganie terminów wysyłania sprawozdań do wojewódzkiego urzędu zdrowia.

Pielęgniarka powiatowa składa dokładne kwartalne sprawozdanie ze swej pracy terenowej pielęgniarce wojewódzkiej.

Pielęgniarka powiatowa może pełnić funkcję starszej pielęgniarki w Obwodowym Ośrodku Zdrowia (według instrukcji o organizacji Ośrodków Zdrowia). Poza tym może pracować w jednej z poradni Ośrodka Zdrowia. Najbardziej wskazana jest praca w Poradni Ogólnej, tam bowiem najłatwiej można poznać rodziny, korzystające z pomocy Ośrodka Zdrowia. Inteligentna i uspołeczniona pielęgniarka znajdzie tu szerokie pole działania, często bowiem nie wystarcza samo leczenie choroby, potrzebna jest również skuteczna interwencja społeczna — pomoc dla całej rodziny.

Nie będę zatrzymywać się nad rolą starszej pielęgniarki w Obwodowym Ośrodku Zdrowia, ponieważ chcę zwrócić szczególną uwagę na pracę pielęgniarki powiatowej w terenie.

Najbliższym szczeblem zorganizowanej pomocy lekarskiej w terenie jest Okręgowy Ośrodek Zdrowia, a w nim poradnie: Ogólna, Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem, Poradnia Higieny Szkolnej.

Wyjątkowo, np. w większych ośrodkach fabrycznych, wobec dużego skupienia mieszkań-



(*F. P.*)

Wyboiste drogi, słota, błoto... Ruchomy ambulans PCK dociera wszędzie, niosąc pomoc lekarską i ratunek osiedlom pozbawionym na razie stałej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Wiejskie przodownice zdrowia, powiadomione przez pielęgniarkę powiatową o dniu i godzinie przyjazdu ambulansu, gromadzą w jednym budynku potrzebujących porad, dzięki czemu praca odbywa się sprawnie. Po zaopatrzeniu chorych, ambulans rusza w dalszą drogę, aby powrócić znów w oznaczonym czasie.

ców, Okręgowy Ośrodek Zdrowia może mieć również **Poradnie Specjalistyczne.**

W Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem przyjmuje się niemowlęta zdrowe, chore zaś kieruje się do Poradni Ogólnej.

Poradnię dla kobiet ciężarnych prowadzi zwykle wykwalifikowana położna wraz z lekarzem.

Poradnia Ogólna przyjmuje wszystkich, zgłaszających się chorych, bez względu na to, czy są gdziekolwiek ubezpieczeni. Pacjenci ubezpieczeni nie uiszczają żadnych opłat, koszty leczenia pokrywa Ubezpieczalnia. W razie potrzeby, lekarz kieruje chorych do Poradni Specjalistycznej w Obwodowym Ośrodku Zdrowia.

Higienistka Szkolna lub Pielęgniarka z Ośrodka Zdrowia, która dokonuje przeglądu dzieci szkolnych, organizuje okresowe badania dzieci szkolnych. Badania te przeprowadza lekarz szkolny. Dzieci chore kieruje się do Poradni Ogólnej, a w miarę potrzeby i ustalonych przez lekarza wskazań — do szkolnej poradni specjalistycznej przy Centralnym Ośrodku Zdrowia.

Pielęgniarka powiatowa, przynajmniej raz w miesiącu odwiedza Okręgowe Ośrodki Zdrowia: udziela instrukcji, zaznajamia się z potrzebami terenu, wykazuje niedociągnięcia i przedstawia je lekarzowi powiatowemu. Przy następnych odwiedzinach sprawdza czy poprzednie błędy zostały usunięte i naprawione.

Najważniejszym elementem społecznej pracy pielęgniarki jest wywiad społeczny i tu właśnie miałam najczęściej wiele trudności, by przełamać niechęć pielęgniarek do odwiedzin domowych. Przyczyną tego był brak zrozumienia dla celowości takich wywiadów. Wkrótce jednak widoczna poprawa stanu zdrowotności i higieny w odwiedzanych przez nie środowiskach przekonała koleżanki o skuteczności takiego postępowania i zachęciła je do dalszej pracy.

Trudności terenowe są wielkie: czasem z powodu braku wykwalifikowanego personelu, lekarza lub pielęgniarki, czasem z powodu niechęci i braku zrozumienia dla istoty pracy społecznej, czasem zaś na skutek błędnego podejścia personelu Ośrodka do pacjentów. W związku z tym ostatnim przypominam sobie pewien charakterystyczny (dla czasów przedwojennych) moment. Pewnego dnia przyjechałam do jednego Ośrodka Zdrowia w czasie przyjęć w Poradni Dziecięcej. Ponieważ pielęgniarka zajęta była ważeniem dzieci, wdałam się w rozmowę z matkami, w poczekalni.

Nagle z gabinetu lekarskiego wychodzi kobieta z kilkumiesięcznym dzieckiem na ręku i zwraca się do mnie:

— Siostro, czy ten pan to nie lekarz? Jestem tu pierwszy raz i chciałam zasięgnąć porady, bo mój mały źle sypia i stracił apetyt. Karmię go regularnie co 3 godziny, a on mimo to traci na wadze. Pytałam się tego pana coby na to poradzić, ale usłyszałam tylko, że „dziecko jest chore i musi pani iść z nim do lekarza"... Przecież ten nasz drugi doktór leży chory. Gdzież ja więc teraz pójdę? Może Siostra mi coś poradzi? Może ten pan doktór się nie zna?

— Stare przyzwyczajenia — pomyślałam.

Wypadki takie lub podobne, dziś już — na szczęście — są nieliczne. Stan zdrowia przyszłego pokolenia musi ulec poprawie i, że to jest w dużej mierze zależne od nas. Przyczynić się do tego może nie tylko leczenie, ale i zapobieganie, do którego my, pielęgniarki społeczne, dajemy swój wkład przez prowadzenie odwiedzin domowych, pouczanie o prawidłowej pielęgnacji niemowląt, wskazywanie zasad higieny osobistej, mieszkania i otoczenia.

Upowszechnienie służby zdrowia, praca zespołowa i wielofachowa przyczyni się do realizacji naszych dążeń. Przez wspólny wysiłek musimy podnieść zdrowotność naszego społeczeństwa i ugruntować zasady higieny we wszystkich warstwach społecznych.

Uświadomiona i uspołeczniona pielęgniarka spełni doniosłą rolę, jako instruktorka pielęgniarek i sił pomocniczych, przez organizowanie zaś okresowych odpraw dla pielęgniarek i personelu pomocniczego będzie się starać o podniesienie poziomu ich wiedzy ogólnej i fachowej. Spośród personelu pomocniczego, wyszuka zdolniejsze i chcące się kształcić, by je skierować do szkół pielęgniarskich, położnych lub asystentek technicznych.

Pielęgniarka powiatowa w porozumieniu z pielęgniarką wojewódzką może zorganizować w Obwodowym Ośrodku Zdrowia punkt szkoleniowy dla pielęgniarek i sił pomocniczych danego powiatu, ewentualnie w porozumieniu z Wojewódzkim Wydziałem Zdrowia kierować kandydatki do Centralnego Ośrodka Zdrowia.

Krystyna Stanakowska

PRACA PIELĘGNIARKI WIEJSKIEJ

WIELKIE przemiany społeczne zachodzące w naszym kraju, stwarzają nowe możliwości pracy dla licznych zastępów pielęgniarek społecznych.

Rozwój spółdzielczości rolniczej i produkcyjnej na wsi — wciągnie rzesze kobiet bezrolnych i małorolnych do pracy na roli. W związku z tym powstaje zagadnienie opieki nad dzieckiem, uwzględniające całokształt tego problemu. Organizowanie żłobków dla niemowląt, kuchni mlecznych, Ogródków Jordanowskich — będzie zadaniem wiejskich Ośrodków Zdrowia.



(*WAF*)

Tak wyglądają dzieci robotnic wiejskich pozostawione pod opieką sumiennej pielęgniarki w Dziecińcu Wiejskim. W okresie nasilonej pracy w polu matki mogą być spokojne o swoje pociechy.

Pielęgniarka Społeczna wiejska powinna być dokładnie obeznana z nowymi zagadnieniami, wynikającymi z budowy Socjalizmu w Polsce. W tym celu powinna się dokształcać i współpracować ze Związkiem Samopomocy Chłopskiej, aby jej praca w rodzinach podopiecznych szła w rytmie nowej rzeczywistości Polskiej.

Wiejski Ośrodek Zdrowia w celu usprawnienia pracy powinien mieć „ambulans ruchomy", któryby objeżdżał okoliczne wioski w oznaczonych dniach tygodnia. W szkole należy przeprowadzać kolejne badania dzieci szkolnych.

W wypadkach podejrzanych o gruźlicę, przy dodatnich odczynach tuberkulinowych, konieczne są odwiedziny domowe, dla wyszukiwania źródeł zakażenia. Rodzinę podejrzaną o gruźlicę należy kierować do poradni przeciwgruźliczej.

Największą trudnością w pracy pielęgniarek wiejskich jest pokonywanie dużej przestrzeni, odległość jednej wioski od drugiej utrudnia bowiem pracę.

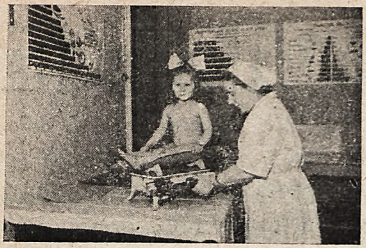
Pielęgniarski wiejskie posługują się rowerem, końmi, samochodem, zależnie od warunków.

W najważniejszych dziedzinach życia wiejskiego, pielęgniarka ma swoje niezastąpione miejsce. W pracy w terenie powinna wykazać samodzielną inicjatywę. Odwiedziny domowe wypełniają lwią część pracy pielęgniarki wiejskiej. W warunkach przedwojennych, praca ta była często beznadziejna. Nędza „czworaków" — biedoty wiejskiej, obok przepychu możnych dziedziców utrudniały pracę pielęgniarek społecznych, dlatego też na wsi prawie nie było Pielęgniarek Społecznych. Polska Ludowa kroczy w kierunku zniesienia wyzysku jednego człowieka przez drugiego. Wzrost spółdzielczości na wsi przyczyni się do przyśpieszenia Socjalizmu w kraju, opieka zaś nad zdrowiem obywateli, staje się czołowym zadaniem Państwa.

Pielęgniarka wiejska jest związana z gminą, którą się opiekuje, przychodzi z pomocą podopiecznym rodzinom w najcięższych okolicznościach: w chorobie, w połogu, w opiece nad dzieckiem, zwalcza alkoholizm, choroby weneryczne, doradza w trudnościach wychowawczych. Wykonuje zlecenia lekarza i staje się krzewicielką kultury w miejscowościach najbardziej odległych od miast. Przez częste odwiedziny staje się przyjacielem rodziny i najlepszym doradcą ludności. Zagadnienia społeczne, które interesują każdego obywatela, muszą również obchodzić pielęgniarkę wiejską, powinna ona brać czynny udział w życiu społecznym wsi, przez współpracę z Ligą Kobiet, ze Związkiem Młodzieży Polskiej i z Polską Zjednoczoną Partią Robotniczą.

Ministerstwo Zdrowia dąży do rozbudowy wiejskich Ośrodków Zdrowia, które dzięki ideowej postawie kierownictwa Ośrodka, może się stać Ośrodkiem Zdrowia i kultury.

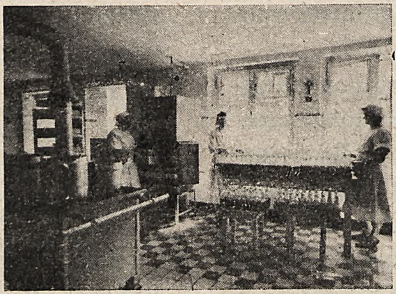
Poczekalnie Ośrodków Zdrowia mogą być doskonale wykorzystywane jako świetlice dla



W ramach Społecznej Służby Zdrowia zagęszcza się sieć wiejskich ośrodków.



Regularna kontrola zdrowia dziecka jest najpewniejszym momentem profilaktyki.



Po badaniu lekarskim niemowlęta sztucznie karmione otrzymują skierowania do kuchni mlecznej.

ludności wiejskiej, szczególnie w miejscowościach, gdzie wieś jest zelektryfikowana i zradiofonizowana.

Pogadanki z zakresu higieny życia codziennego, chorób społecznych mogą być przeplatane krótkimi przeglądami wydarzeń politycznych z podkreśleniem osiągnięć Związku Radzieckiego, krajów Demokracji Ludowej i sił postępu na świecie.

Pielęgniarka Wiejska, ma być dobrze obeznana z głębokimi przemianami, jakie zachodzą w kraju, ma być przeszkolona ideowo, powinna pracować nad sobą, aby sprostać tym wielkim zadaniom, jakie stawia przed każdym pracownikiem społecznym Socjalistyczna Przebudowa Rzeczywistości Polskiej.

L. B.



Pierwszy Tydzień Zdrowia miał na celu wzmożenie akcji lekarskiej i popularyzację zasad higieny dla dobra matki i dziecka. W ramach opieki nad matką i dzieckiem powstaje w całym kraju sieć ośrodków, w których dzieci i matki korzystają z pełnej opieki lekarskiej.

Na zdjęciu Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem w Warszawie, przy ul. Niegolewskich 10. Doskonałe rozwiązanie poczekalni.

(F. P.)

W dziale pod tym tytułem zamieszczamy materiały do popularnych wykładów z dziedziny higieny, pierwszej pomocy i ratownictwa, które powinny posłużyć każdej pielęgniarce w pracy sanitarno - oświatowej

DR T. RÓŻNIATOWSKI

Pierwsza pomoc

d. c.

Ukąszenie przez owady

Ukąszenia naszych rodzimych owadów (pszczoły, osy, szerszenie) mogą być groźne dla zdrowia, jeżeli zostały zadane jednocześnie przez wiele owadów lub gdy pokąsaniu uległo dziecko, albo starzec.

Po wyjęciu żądła na ukąszone miejsca należy położyć wilgotne okłady ze słabego rozczynu amoniaku (1 częśc na 10 części wody), z wody Burowa, lub wody z octem.

Gdy mamy do czynienia z licznymi pokąsaniami lub gdy ukąszeniu uległo małe dziecko, należy wezwać lekarza.

ZATRUCIA

Aby zrozumieć termin „zatrucie", trzeba wpierw uprzytomnić sobie co to jest trucizna?

Otóż trucizną nazywamy środek chemiczny, który wprowadzony do ustroju powoduje poważne schorzenie, ostre lub przewlekłe, a często nawet śmierć.

Trucizny możemy podzielić z grubsza na kilka grup, a mianowicie na **trucizny żrące** (kwasy, zasady), **trucizny narządów wewnętrznych** (arszenik, sublimat), **trucizny układu nerwowego** (luminal, morfina, alkohol) itd. Niektóre z trucizn stosowane w mniejszych dawkach są doskonałymi lekami, np. strychnina lub arszenik. To też często można się spotkać z zatruciami lekowymi, o ile ich dawka była zbyt duża.

Zatrucia mogą być przypadkowe, samobójcze lub zbrodnicze. Te ostatnie zdarzają się rzadziej. Zawsze powinno się budzić podejrzenie na zatrucie, gdy nagle zachoruje człowiek przedtem zupełnie zdrowy. Takie objawy zwłaszcza jak nudności, wymioty, bóle brzucha i biegunka muszą nasunąć myśl o zatruciu. Jeżeli kilka osób z tego samego otoczenia zachoruje jednocześnie wśród podobnych objawów — zatrucie jest prawie pewne.

Każde zatrucie ma jakieś szczególne objawy. Niektóre z nich są charakterystyczne dla danej z grupy jadów lub nawet dla pojedynczej trucizny, inne znów występują we wszystkich prawie rodzajach zatruć. W każdym przypadku przystępując do chorego musimy zwrócić naszą uwagę na kilka zasadniczych momentów:

1) S t a n o g ó l n y. Należy sprawdzić czy chory jest p r z y t o m n y, czy też nie, przy czym zachowanie przytomności nie świadczy jeszcze przeciwko zatruciu. S e n n o ś ć przemawiać może za zatruciem lekami (luminal, weronal, morfina, opium). Podniecenie, zarówno psychiczne, jak i ruchowe może być wyrazem zatrucia alkoholem, kokainą wilczą jagodą itp.

2) W y m i o t y mogą występować we wszystkich rodzajach zatruć. Nie należy ich powstrzymywać, gdyż są one wyrazem obrony ustroju przed trucizną. Zapach i wygląd wymiocin może dać ważne wskazówki rozpoznawcze (woń alkoholu, kwasu octowego itp).

3) B ó l e występują stale w zatruciach truciznami żrącymi (stężone kwasy i zasady).

4) S t a n ź r e n i c chorego stanowi często ważną wskazówkę. Silne zwężenie źrenic występuje przy zatruciach narkotykami, rozszerzenie — przy zatruciach wilczą jagodą (belladonną) itp.

5) D r g a w k i zjawiają się w zaruciach strychniną, benzyną, grzybami.

6) B i e g u n k i towarzyszą najrozmaitszym zatruciom. Wybitne znaczenie rozpoznawcze mają one przy zatruciach arszenikiem, kiedy to stolce mają charakterystyczny wygląd zupy ryżowej.

7) O b j a w y m i e j s c o w e występują najczęściej przy zatruciach stężonymi kwasami i zasadami. Widzimy wtedy rozległe oparzenia skóry i śluzówek, których wygląd często jest charakterystyczny dla danej trucizny.

O g ó l n e z a s a d y l e c z e n i a zatruć sprowadzić można do kilku punktów, a mianowicie: 1) wydalenie trucizny z ustroju, 2) rozcieńczenie jej, 3) zobojętnienie, 4) uśmierzanie bólów i 5) podtrzymywanie działalności serca.

Wydalić truciznę z ustroju można drogą płukania żołądka lub spowodowania wymiotów i podania choremu środków przeczyszczających. Dla wywołania wymiotów podajemy choremu do picia dużo letniej wody z mydłem. Nie należy tego robić w wypadkach zatruć jadami żrącymi, gdyż przy gwałtownych skurczach żołądka, poparzonego trucizną, może dojść do jego pęknięcia. Ze środków czyszczących najlepszą jest w tych wypadkach gorzka sól. Płukanie żołądka może wykonać tylko lekarz lub wykwalifikowany felczer.

Rozcieńczyć truciznę staramy się wtedy, gdy przeszła już ona

z żołądka do jelit, lub gdy wywołanie wymiotów jest przeciwwskazane. Osiągamy to przez podawanie choremu do picia dużej ilości płynów, głównie mleka.

Przy zatruciach kwasami podajemy zwykle środki zasadowe (woda wapienna, mleko, białko kurze), gdyż przez to zobojętniamy truciznę. Odwrotnie, przy zatruciach zasadami staramy się je zobojętnić dając choremu do picia lekkie kwasy, np. kwasek cytrynowy, wodę z octem itp.

Łagodzenie bólów osiąga się przy pomocy środków przeciwbólowych, które jednak podawać wolno tylko na zalecenie lekarza.

Nie należy zapominać, że zatruty to człowiek ciężko chory, który wymaga starannej pielęgnacji i podtrzymywania czynności całego ustroju, szczególnie jednak serca. Jeszcze przed przybyciem lekarza można mu podać środki pobudzające akcję serca, jak mocną kawę, herbatę itp.

W wypadkach podejrzenia na zatrucie najpierw trzeba wezwać lekarza lub pogotowie, a dopiero potem przystąpić do udzielania pomocy. Będzie ona zależeć od rodzaju zatrucia, to też omówimy je kolejno w następnym numerze.

c. d. n.

Z notatnika pielęgniarki

KROPLÓWKI DOŻYLNE

Kroplówka dożylna jest to powolne dożylne wlewanie płynu w ciągu kilku lub kilkunastu godzin, czasami nawet dłużej, gdzie płyn, jak to wskazuje nazwa zabiegu, podajemy kroplami.

Kiedy i w jakich przypadkach stosuje się kroplówkę dożylną?

Kroplówkę dożylną stosuje się w tych przypadkach, gdy doprowadzenie odpowiedniej ilości płynów do ustroju drogą doustną jest utrudnione. Częste uporczywe wymioty, jak również uporczywa biegunka, uniemożliwiają nam nawodnienie ustroju, a wprowadzenie większych ilości płynów na drodze zastrzykiwania podskórnego, domięśniowego lub dożylnego napotyka na duże trudności. Zapotrzebowanie na płyny, u niemowlęcia np., jest znacznie większe niż u dorosłego. Tak też w stanie — „wysuszenia" musimy podać 150 — 200 cm^3 na 1 kg wagi dziecka, czyli niemowlę ważące 5 kg powinno otrzymać 1 litr płynu. Wprowadzenie tej ilości drogą podskórną jest nie zawsze możliwe, natomiast, przy umiejętnej technice, bez trudu daje się to uzyskać na drodze podawania kroplówek dożylnych.

Podawane płyny

Wskazania do kroplówek dożylnych są obecnie coraz częstsze; stosujemy kroplówki przy stanach odwodnienia, przed i po zabiegu operacyjnym celem zapobieżenia zapaści, przy oparzeniach itd.

Z płynów stosowanych przy dożylnych kroplówkach najczęściej posługujemy się rozczynem fizjologicznym soli kuchennej, rozczynem Ringera, rozczynem glukozy, oraz rozczynem mleczanu sodu.

Wprowadzenie GLUKOZY ma na celu choćby częściowe pokrycie kalorycznego zapotrzebowania chorego. „Głodzenie" chorego, szczególnie wyniszczonego, jest zjawiskiem niepożądanym, w licznych cierpieniach jednak nie jesteśmy w stanie odżywiać chorego „doustnie". Zmiany chorobowe w żołądku, w jelitach względnie uporczywe wymioty i biegunka uniemożliwiają wykorzystanie podawanego doustnie pożywienia. W tych wypadkach uciekamy się również do żywienia „dożylnego". Podawanie rozczynu glukozy, a ostatnio stosowanie aminokwasów w kroplówkach dożylnych umożliwiają nam pokrycie na tej drodze zapotrzebowania kalorycznego ustroju i uniknięcie szkodliwych następstw głodu. Według obrazowego powiedzenia jednego z badaczy: **„aminokwasy podane dożylnie mogą zastąpić befsztyk".**

Również coraz częściej spotykamy się na oddziałach szpitalnych z dożylnym podawaniem KRWI względnie osocza krwi **(plazmy).** Krew podajemy często celem wyrównania utraty jej po krwotokach, w schorzeniach krwi, często celem zwiększenia sił odpornościowych ustroju w zwalczaniu infekcji, w pewnych zaś przypadkach również celem zwiększenia ilości białka krążącego w naczyniach krwionośnych.

W tym samym celu uciekamy się również do wprowadzenia dożylnego osocza krwi (plazmy). Rozumie się samo przez się, że przy podawaniu dożylnym krwi obowiązuje bardzo dokładne zbadanie grupy krwi.

Przygotowanie do zabiegu

Sama technika zabiegu nie jest trudna do opanowania. Przede wszystkim należy przygotować dziecko. Najczęściej korzysta się

z żył na główce, w przegubie łokciowym, na grzbietowej stronie stopy, na grzbiecie ręki. Po zdecydowaniu, do której z żył będzie się zakładało kroplówkę, przygotowujemy odpowiednio pacjenta; z rączki — zdejmujemy rękaw koszulki, główkę — dokładnie golimy.

Przygotowujemy zbiornik z odpowiednim płynem i zawieszamy go na specjalnym statywie przy łóżeczku dziecka.

Na tacy przygotowujemy: sterylizator ze strzykawką 1 lub 2 cm,

kilka igieł dożylnych,

zaciskacz gumowy, spirytus, waciki, nerkę.

jałowe gaziki, plaster, nożyczki,

3,8% roztwór cytrynianiu sodu,

watę, bandaż.

Jeśli kroplówkę zakładamy do rączki lub nóżki to przygotowujemy także szynę do unieruchomienia kończyny.

Technika zabiegu

Jedną z ważnych czynności jest umiejętne trzymanie dziecka, tak by uniemożliwić mu wszelkie wyrywanie się lub szarpnięcia, co znacznie utrudnia wprowadzenie igły do żyły.

Pracują dwie kwalifikowane pielęgniarki. Jedna z nich trzyma dziecko, druga pomaga lekarzowi przy samym zabiegu. Do strzykawki nabieramy roztworu cytrynianiu sodu — podajemy lekarzowi. Po wprowadzeniu igły do żyły strzykawka zostaje odłączona, a pielęgniarka podaje w tym momencie nasadkę, którą zakończony jest dren biegnący od zbiornika z płynem. Lekarz włącza nasadkę do igły.

Przed podaniem nasadki pielęgniarka spuszcza przez dren strumień płynu, który wypycha p o w i e t r z e znajdujące się w drenie.

Samo umocowanie igły jest również rzeczą ważną. Fakt, czy kroplówka będzie szła krótko, czy też dłuższy czas zależny jest od dobrego i umiejętnego umocowania całości. Po włączeniu drenu do igły, część drenu, najbliższą nasadki, zwijamy w pętlę i przymocowujemy do skóry przylepcem. Pętlę stosuje się w tym celu, by zmniejszyć możliwość wyszarpnięcia igły czy wysunięcia samej nasadki. Pod igłę podkładamy jałowy gazik, drugi gazik kładziemy w miejscu połączenia nasadki igły z nasadką drenu w celu podtrzymywania połączenia. Aby gaziki nie wysuwały się przymocowujemy je przylepcem do skóry. Często się zdarza, że igła jest w żyle, a kroplówka, jak się to mówi, „nie idzie".



Wszelkie poważniejsze zabiegi pielęgniarskie powinny odbywać się pod kierunkiem doświadczonej instruktorki.

Spowodowane to jest niekiedy złym kątem nachylenia igły. Przy umiejętnym ustawieniu igły, równolegle do przebiegu żyły, przeszkodę tę można usunąć. Jeżeli kroplówkę zakładamy do żyły na rączce lub nóżce, to po wprowadzeniu igły kończynę przymocowujemy do szyny przylepcem i bandażem. Samą szynę przywiązujemy do ramy łóżka. Przy umocowywaniu należy pamiętać, by bandaża nie zaciskać zbyt silnie, sprawdzamy często, czy pozycja jest wygodna, czy kończyna nie jest obrzęknięta lub zimna. Przy zakładaniu kroplówki do żyły na główce stosujemy umocowanie samej główki szerokim plastrem do ramy łóżka tak jednak, by główka nie była zbyt skręcona w jedną stronę i by ułożenie dziecka było względnie wygodne.

Jeśli igła wprowadzona jest do żyły na tyle główki nie podkładamy wtedy dziecku poduszki, by dren się nie zaczepiał, natomiast pod kark kładziemy wałeczek, na którym dziecko może wygodnie leżeć.

Dalsze postępowanie

W dren kroplówki wmontowany jest kroplomierz, na którym odmierzamy ilość kropel, przepisaną na minutę; (płyn do żyły podaje się z szybkością 3—8 cm/kg na godzinę, przeciętnie podajemy po 12 kropel na 1 minutę).

Często w trakcie trwania kroplówki w igle tworzy się skrzep. Skrzep należy usunąć przez wyciąganie go strzykawką z igły. W żadnym razie nie wolno przestrzykiwać igły ze skrzepem gdyż powoduje to przedostanie się skrzepu do żyły.

W wypadku, gdy skrzep nie nie daje się usunąć, igłę należy wyjąć, a kroplówkę założyć na nowo do innej żyły. Umiejętne, ostrożne obchodzenie się z dzieckiem podczas trwania kroplówki decyduje często o długości trwania wlewki dożylnej. Zbyt gwałtowne, nieostrożne przewijanie lub poprawianie dziecka może spowodować przebicie naczynia lub wysunięcie igły z żyły, a tym samym przerwanie zabiegu.

Czas trwania kroplówki jest różny, zależnie od zlecenia

Po wyłączeniu kroplówki na miejsce po ukłuciu zakładamy jałowy opatrunek. Należy jeszcze wspomnieć, że często podczas trwania kroplówki, zwłaszcza w ciężkich przypadkach gdy dziecko wymiotuje, nie podajemy nic doustnie. Zwilżamy jedynie śluzówkę. jamy ustnej herbatą lub roztworem fizjologicznym soli.

Halina Markowska

Instr. Oddz. Niemowlęcego Szpitala Anny Marii w Łodzi

KRONIKA

Z kraju

WKŁAD POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA W ROZBUDOWĘ PLACÓWEK LECZNICTWA ZAMKNIĘTEGO

Rok 1948 przyniósł zasadniczy zwrot w działalności Polskiego Czerwonego Krzyża.

W oparciu o zasady deklaracji ideowo-programowej z dnia 21 października 1947 r., która skonkretyzowała treść ideologiczną i wytyczyła nowe kierunki działania, odpowiadające zmienionym warunkom społeczno - politycznym i potrzebom kraju, Polski Czerwony Krzyż przeszedł z systemu nieskoordynowanych, doraźnych akcji okresu powojennego na planową działalność okresu pokoju i nawiązał ścisłą współpracę z miarodajnymi czynnikami państwowymi dla ustalenia zakresu swej działalności.

W nowym, uzgodnionym z czynnikami państwowymi zakresie punkt ciężkości wysiłków Polskiego Czerwonego Krzyża został przesunięty z dotychczasowej działalności sanitarno-opiekuńczej na działalność **sanitarną**. Nowy zakres prac Polskiego Czerwonego Krzyża objął te dziedziny, które nie kolidują z terenem działania państwowej służby zdrowia, lub te, które wymagają współdziałania c z y n n i k a s p o ł e c z n e g o.

Polski Czerwony Krzyż stał się s p o ł e c z n y m r a m i e n i e m p a ń s t w o w e j s ł u ż b y z d r o w i a i skupia swe wysiki na rozbudowie sieci stacji **pogotowia ratunkowego,** na rozbudowie akcji **krwiodawstwa,** prowadzi szeroko zakrojoną akcję **oświaty sanitarnej i powszechnego szkolenia sanitarnego,** oraz bierze udział w walce z chorobami społecznymi, a na odcinku opieki społecznej przygotowuje się do stworzenia pogotowia na wypadek klęsk żywiołowych.

Wyniki w pracy dotychczasowej, duży wkład w rozbudowę akcji sanitarnej w Polsce Ludowej, mógł Polski Czerwony Krzyż osiągnąć dzięki wybitnej pomocy i współpracy całego społeczeństwa.

W związku z ustaleniem nowych — wyżej wyszczególnionych — zadań Polskiego Czerwonego Krzyża na odcinku służby zdrowia oraz w związku ze skupieniem całej akcji lecznictwa zamkniętego w państwowej służbie zdrowia — Polski Czerwony Krzyż przekazał w czasie od 10 kwietnia 1948 r. do 5 września 1949 r. 13 szpitali z oddziałami: wewnętrznymi, chirurgicznymi, położniczymi, okulistyczno - laryngologicznymi, dziecięcymi, dentystycznymi, neurologicznymi, zakaźnymi i skórno - wenerycznymi, o łącznej liczbie 1.877 łóżek szpitalnych i o łącznej symbolicznej wartości samych urządzeń szpitali na sumę 242.181 372.— zł., dając tym samym poważny wkład w rozbudowę sieci zakładów lecznictwa zamkniętego w Polsce Ludowej.

Z faktu przekazania powyższych szpitali przez Polski Czerwony Krzyż wynika, że społeczeństwo, przy którego pomocy i współpracy one powstały, może być dumne, gdyż jest on jeszcze jednym z dowodów, że szybko postępujące zdobycze Polski Ludowej możliwe są do osiągnięcia dzięki ofiarności, wytężonej pracy i współdziałania całego społeczeństwa w realizowaniu planów państwowych.

Polski Czerwony Krzyż ma ambicje wykonania nowych zadań, które na wielu odcinkach stanowią dla niego pracę pionierską, pracę, którą trzeba organizować od podstaw, jak najlepiej, by wnieść nowy wkład w rozbudowę placówek służby zdrowia w Polsce Ludowej, w której troska o zdrowie człowieka jest jednym z podstawowych zadań.

Polski Czerwony Krzyż będzie mógł dobrze wykonywać nowe zadania przy pomocy i współpracy społeczeństwa, u którego zawsze znajdował pełne zrozumienie i poparcie dla swych poczynań.

* *

Polski Czerwony Krzyż, jako organizator „TYGODNIA ZDROWIA" pragnie zwrócić szczególną uwagę na wkład pracy niektórych Instytucji w akcję „Tygodnia Zdrowia". Tak więc musimy podkreślić udział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz lekarzy i pielęgniarek zrzeszonych w Związku Zawodowym Pracowników Służby Zdrowia, którzy ofiarną swą pracą przyczynili się do uruchomienia Ambulatoriów i Ambulansów Ruchomych w terenie. Dzięki ich współpracy umożliwiono ludności wiejskiej uzyskanie pomocy lekarskiej i zdobycie podstawowych zasad higieny osobistej i zbiorowej.

Liczni lekarzy wojskowej służby zdrowia oraz lekarze Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego biorąc czynny udział w akcji „Tygodnia Zdrowia" przyczyniają się do podniesienia stanu sanitarnego naszych wsi i miast.

W miastach uniwersyteckich naukowy świat lekarski zgłosił swój akces do pracy w ambulatoriach zorganizowanych z okazji „Tygodnia Zdrowia". Dzięki temu szerokim rzeszom udostępniono lecznictwo w dziedzinie różnych specjalności.

R. Bliźniewski
sekr. gen. P.C.K.

Z zagranicy

ZSRR

W rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia ZSRR (Nr. 274 z dn. 22. IV. 49) znajdujemy wykaz szkół ŚREDNIEGO PERSONELU SANITARNEGO, dających prawo do pracy zawodowej.

I. Szkoły z okresu przed rewolucją:
- szkoły felczerskie, 3 i 4-letnie, felczersko-akuszeryjne i wojenne, szkoły sióstr Czerwonego Krzyża,
- szkoły położnicze I klasy;
- szkoły dentystyczne.

II. Radzieckie szkoły medyczne:
- szkoły felczerskie i akuszeryjne 3- i 2-letnie;
- szkoły i kursy pielęgniarstwa ogólnego i dziecięcego 2-letnie;
- szkoły i kursy 2- i 3-letnie dla pomocników sanitarnych;
- zawodowe szkoły medyczne;
- szkoły dentystyczne 3-letnie i dla techników dentystycznych 2- i 1-roczne;
- szkoły farmaceutyczne 3 letnie;
- szkoły i kursy dla laborantów 2- i 1-roczne i dla techników rentgenologicznych.

III. Do zawodowego średniego personelu sanitarnego z prawem praktyki zalicza się również:
- felczerów i położne, którzy ukończyli szkoły 2- i 1-roczne i mają najmniej 10-letnią praktykę w swoim zawodzie;
- oraz pielęgniarki, które ukończyły 1-roczne kursy i mają przynajmniej 2-letnią praktykę.

* * *

W ZSRR zapewnienie należytej opieki matce i dziecku jest obecnie jedną z głównych trosk Ministerstwa Zdrowia. Tak więc już od ubiegłego roku rozpoczęto przede wszystkim łączenie punktów konsultacji dla kobiet ciężarnych (w Polsce Poradnia C) z zakładami położniczymi, co realizuje plany lekarzy akuszerów, by kobiecie zapewnić systematyczną opiekę w całym okresie macierzyństwa.

W ponad 80% zakładów położniczych i poradni dla kobiet w ciągu ub. roku przeprowadzono reorganizację. Najlepsze wyniki osiągnięto w tych miejscowościach. gdzie poradnie i szpital, względnie zakład położniczy, mieszczą się w jednym budynku lub na wspólnym terytorium W tych właśnie zjednoczonych zakładach leczniczych wybitnie zmniejszyła się śmiertelność matek i dzieci oraz liczba dzieci martwo urodzonych. Połączenie tych dwóch instytucji jest również korzystne dla personelu fachowego, dając mu możność połączenia pracy ambulatoryjnej z doświadczeniem klinicznym i techniką położniczą.

Ministerstwo Zdrowia wprowadziło specjalną kontrolę przyczyn każdego zejścia śmiertelnego dziecka i matki w zakładach położniczych, a nieustanna walka o życie matki i dziecka cechuje wszystkie kolektywy zakładów położniczych.

* * *

W Poliklinice Nr 5 w Kujbyszewie otwarto poradnię dla chorych z podwyższonym ciśnieniem krwi. Specjalną uwagę zwraca się na rodzaj pracy i warunki życia chorych będących pod opieką, a lekarz i pielęgniarka odwiedzają chorych w domu i w zakładach pracy, będąc w stałym kontakcie z personelem przemysłowych ośrodków zdrowia. Bogaty materiał, jakim rozporządza poradnia, daje podstawę do stwierdzenia, że w etiologii tej choroby ważną rolę odgrywa połączenie endogennych i egzogennych czynników, jak również nerwowo-psychiczna dyspozycja chorego. Niektórzy pacjenci na wniosek poradni są zwalniani od pracy nocnej, innym skraca się dzień pracy, część z nich spędza kilka tygodni w roku w zakładach leczniczych lub jest skierowywana do uzdrowisk.

* * *

Na Ukrainie zorganizowano 80 „ruchomych przychodni" dla robotników wiejskich. Przychodnie jednocześnie prowadzą propagandę higieny.

USA

Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek zorganizowało kursy dla pielęgniarek, które po wielu latach przerwy w pracy zawodowej chcą ponownie objąć pracę w swoim zawodzie. Kursy prowadzone są kilka razy w tygodniu w godzinach wieczorowych. Obejmują one zagadnienia najnowszych metod pielęgniarstwa i wiadomości z zakresu medycyny. Przy wielkim braku zawodowych ,dobrze wyszkolonych pielęgniarek kursy dają możność powtórnego przygotowania się do pracy tym osobom, które pragną i mogą powrócić do zawodu.

KANADA

Kanadyjski Czerwony Krzyż organizuje kursy pielęgniarstwa domowego dla kobiet niewidomych, które wykazały wielki zapał i uzdolnienia w tym kierunku. Pomimo kalectwa, uczennice okazały się bardzo zręczne w wykonywaniu zabiegów, nawet takich, które wymagają użycia ognia i gorącej wody. Kursy te dają kobietom niewidomym możność opiekowania się chorymi we własnym domu.

Wykłady teoretyczne powiela się sposobem Braille'a.

SZWECJA

Szwedzki Czerwony Krzyż otworzył Wydział społeczny i Higieniczny, który ma na celu dostarczanie materiałów i narzędzi potrzebnych do pielęgniarstwa w domach prywatnych. Sporządzono listę narzędzi, materiałów opatrunkowych i bielizny, które będą wypożyczane do domów za małą opłatą. Lista ta obejmuje takie artykuły, jak worki na gorącą wodę i na lód, termometry, baseny, irygatory, wagi dla niemowląt, kule, szyny itp.

WĘGRY

W trzyletnim planie odbudowy gospodarki narodowej, na ochronę zdrowia wyasygnowano 328,7 milionów forintów. Dawniej na ochronę zdrowia sumę taką wydawano w ciągu lat dwunastu. Oprócz tego, Węgierski Instytut Ubezpieczeń Społecznych ofiarował 121 milionów forintów na pomoc lekarską dla pracujących. Za powyższe środki odbudowano i wybudowano dziesiątki ambulatoriów, uruchomiono wspaniale wyposażone sanatoria przeciwgruźlicze oraz szpital balneologiczny w Budapeszcie dla chorych na reumatyzm.

Pod koniec 1949 r. liczba łóżek szpitalnych sięgnie do 54.900 z których 4.134 przewidziano dla dzieci. Nie tylko powiększyła się liczba łóżek, ale także znacznie podniosła się jakość pomocy leczniczej.

(d. c. na str. 24)

Na Węgrzech jest czynnych obecnie 773 przychodni wiejskich, oprócz tego urządzono 37 przychodni powiatowych, udzielających porad w zakresie chorób dziecięcych, kobiecych i innych. Poradnie posiadają gabinety przeciwgruźlicze, przeciwweneryczne i dentystyczne. W 300 przedsiębiorstwach przemysłowych zorganizowano stałą pomoc lekarską.

W r. 1948 zorganizowano pierwsze ruchome ambulatoria z aparatem Rentgena i laboratoriami. Lekarze tych ambulatoriów udzielili w 700 wsiach pomocy 65.000 ludziom. Od 1 lipca rb. uruchomiono następne ambulatoria.

Środki przedsięwzięte przez Rząd Ludowy Republiki Węgierskiej dla ochrony zdrowia ludności i podniesienia stopy życiowej klasy pracującej dały już wspaniałe rezultaty. Od lat nie notowano na Węgrzech tak niskiego procentu śmiertelności, jaki statystyki wykazują obecnie.

ALBANIA

W 1938 r. Albania posiadała ogółem zaledwie 8 szpitali miejskich z 810 łóżkami, jeden zakład położniczy i kilka ambulatoriów. Ustrój demokratyczny, u podstaw którego leży walka o zdrowie człowieka, zorganizował społeczną służbę zdrowia, dzięki czemu już w początkach 1949 r. w Albanii istniało 11 zakładów położniczych, 12 szpitali miejskich z 2.180 łóżkami, 118 ambulatoriów, głównie wiejskich, 7 profilaktycznych ośrodków zdrowia.

Oprócz tego uruchomiono na wsi 24 szpitale, 40 poradni dla kobiet, 36 prewentoriów dla dzieci w wieku przedszkolnym i 7 żłobków i półkolonii. Rząd upaństwowił apteki i zorganizował bezpłatną pomoc lekarską.

Klasa pracująca Albanii przedwojennej nie miała możności korzystania z sanatoriów i domów wypoczynkowych, dostępnych tylko klasom posiadającym. Obecnie robotnicy w Albanii korzystają z sanatoriów, zakładów kąpieli błotnych i leczniczych oraz domów wypoczynkowych.

Uporczywą walkę z malarią, gruźlicą, chorobami wenerycznymi prowadzą poradnie profilaktyczne, odgrywające coraz większą rolę w ochronie zdrowia Albanii.

Przegląd prasy zagranicznej

NOWA WITAMINA W WALCE Z NIEDOKRWISTOŚCIĄ ZŁOŚLIWĄ

(W. L. Laurence).

W sierpniu 1948 r., w Laboratorium Lederle, U. S. A., kilku uczonym udało się uzyskać z wyciągu z hodowli pewnej bakterii nową witaminę, która umożliwiała produkcję krwinek czerwonych u osób chorych na niedokrwistość złośliwą. W taki sposób po raz pierwszy gdzie indziej niż w wątrobie zwierzęcej udało się znaleźć czynnik zdolny do walki z niedokrwistością złośliwą. Nie wiadomo jeszcze z całą pewnością, czy lek, o którym mowa jest identyczny z dawniej już wykrytym w wątrobie. Najważniejsze,że jak dotychczas wyniki leczenia tym nowym środkiem są równie dobre, jak wyciągiem z wątroby

Już w kwietniu 1948 r. uczeni w Laboratorium Mercka w Rahway, U.S. A. ogłaszali, że udało im się po raz pierwszy wydzielić z wyciągu wątrobowego jakąś witaminę będącą rzekomo bronią absolutnie pewną w walce z anemią złośliwą. Nazwano ją prowizorycznie witaminą B_{12}. Dla uzyskania minimalnych dawek tego leku potrzeba jednakże kolosalnych ilości wątroby.

Ponieważ obie te witaminy wykazują działanie wybitnie specyficzne, przypuszcza się, że witamina B_{12} i ta nowa, jeszcze nie ochrzczona, produkowana przez bakterie, są w istcie identyczne.

Jak drobne ilości witaminy B_{12} znajdują się w wątrobie najlepiej obrazuje to, że dla wydobycia 1 g witaminy B_{12} potrzeba 1.000 kg wątroby! Odkrycie więc bakterii, która syntetyzuje tak cenny lek w ilościach — rzec można — nieograniczonych, praktycznie ma niesłychaną doniosłość.

Nowa ta witamina produkowana przez bakterie nosi tymczasową nazwę „faktor białka zwierzęcego". Podobnie jak witamina B_{12} należy do grupy witaminy B. Stwierdzono również, że ta sama substancja może z powodzeniem zastąpić tajemniczy czynnik nieodzowny dla wykluwania się kurcząt z jaj.

Witamina wyodrębniona w laboratorium Lederle jest produktem bakterii, mającej kształt pałeczki pozbawionej ruchu. Uczeni spostrzegli, że jeśli karmiono kury wyłącznie kukurydzą i soją, niczym więcej, to zimą z jaj tych kur nie wykluwały się kurczęta. Z nadejściem wiosny wykluwanie wybitnie się potęgowało, widocznie kury dziobiąc znajdowały w kurniku jakieś drobnoustroje rozwijające się w cieple. Rozpoczęto przeto hodować po kolei różne gatunki bakterii jakie znajdowano na podłodze kurnika, aż natrafiono wreszcie na taką, która, jak się okazało, wzmagała zdolność wykluwania się kurcząt. Wyciąg z tej właśnie bakterii wypróbowano następnie również w leczeniu chorych na niedokrwistość złośliwą.

KONKURS

Ubezpieczalnia Społeczna w Radomiu ogłasza konkurs na następujące stanowiska w nowo-wybudówanym szpitalu US z siedzibą w Starachowicach o ilości 300 łożek:

1) **przełożonej pielęgniarek**
2) **przełożonej siostry oddziałowej**
3) **położnej**
4) **pielęgniarek dla niemowląt**

Do podania należy dołączyć:

a) dokładny życiorys,
b) odpisy świadectw szkolnych,
c) poświadczenie obywatelstwa,
d) zaświadczenie z poprzedniej pracy.

Mieszkanie zapewnione. Warunki pracy i płacy unormowane są zarządzeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie (okólnik 44/49).

Dyrekcja
Ubezpieczalni Społecznej
w Radomiu

KONKURS

Ubezpieczalnia Społeczna w Ostrowcu ogłasza konkurs na stanowisko

przełożonej pielęgniarek

szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowcu.

Warunki przyjęcia:

1) obywatelstwo polskie,
2) ukończona 2-letnia szkoła pielęgniarska i egzamin państwowy,
3) kilkuletnia praktyka administracyjna na stanowisku przełożonej pielęgniarek względnie pielęgniarki oddziałowej.

Uposażenie wg tabeli płac Ministerstwa Zdrowia.

Oferty składać należy do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Ostrowcu w terminie do dnia 15 listopada b. r.

Dyrekcja
Ubezpieczalni Społecznej

ZAPOBIEGANIE KRZYWICY U DZIECI w ZSRR

FELCZER I AKUSZERKA Nr. 4 — 1949 r.

(Strzeszczenie)

Wśród przewlekłych chorób wczesnego dzieciństwa pierwsze miejsce zajmuje krzywica. Dzieci dotknięte krzywicą dużo łatwiej i częściej zapadają na grypę, zapalenie płuc i zaburzenia kiszkowe; choroby te mają u dzieci krzywiczych przebieg znacznie cięższy, niż u dzieci wolnych od krzywicy. Stąd też śmiertelność wśród dzieci krzywiczych jest znacznie wyższa, gdyż wyżej wymienione choroby są najczęstszą przyczyną zejścia śmiertelnego w 2 pierwszych latach życia. Z tych względów społeczna służba zdrowia przywiązuje dużą wagę do akcji mającej na celu zapobieganie krzywicy.

Środki zapobiegawcze należy stosować jeszcze przed urodzeniem dziecka, dostarczając matce dodatkowego pożywienia i stwarzając jej odpowiednie warunki w okresie ciąży.

Jak wiadomo, krzywica rozwija się na tle niedostatecznej ilości witaminy D. Brak witaminy D narusza gospodarkę mineralną ustroju, powoduje zachwianie równowagi soli fosforu i wapnia, co z kolei wpływa na osłabienie procesu kostnienia i na powstawanie nieprawidłowości w rozwoju tkanki kostnej. Krzywica wpływa również ujemnie na rozwój systemu nerwowego, narządu krążenia, płuc i wątroby.

Zniekształcenia klatki piersiowej na skutek krzywicy w sposób mechaniczny utrudniają oddychanie i krążenie krwi. Przy krzywicy — wobec naruszenia przemiany mineralnej — zachodzą skomplikowane zmiany w całym ustroju, wpływające szkodliwie na układ nerwowy wegetatywny, który warunkuje prawidłowe oddychanie, krążenie, wydzielanie gruczołów dokrewnych itd.

W okresie 2 — 3 ostatnich miesięcy ciąży, kiedy formuje się kościec płodu, dowóz witaminy D oraz soli wapnia i fosforu w dostatecznej ilości jest koniecznym warunkiem prawidłowego rozwoju dziecka.

Poza witaminą D — w tym okresie — wzrasta również zapotrzebowanie na białko. Doświadczenia na zwierzętach oraz obserwacja kobiet ciężarnych w okresie okupacji wykazały, że brak dostatecznej ilości białka wywołuje w ustroju zmiany podobne do zmian krzywiczych. Z powyższego wynika, że zapobieganie krzywicy u niemowlęcia da się sprowadzić do zapewnienia kobiecie ciężarnej odpowiedniego odżywiania. Pożywienie ciężarnej w tym okresie powinno zawierać dostateczne ilości białka, witaminy D, soli mineralnych i tłuszczu, aby płód rozwijał się prawidłowo.

Wobec częstych zaburzeń w czynności nerek w okresie ciąży poleca się kobietom spożywanie większych ilości nabiału, który zawiera białko łatwiej przyswajalne i niezbędne sole mineralne.

Racjonalny tryb życia matki ma na równi z odpowiednim odżywianiem istotne znaczenie w zapobieganiu krzywicy u dzieci. Matka w okresie ciąży powinna przebywać jak najwięcej na powietrzu, ponieważ — jak wiadomo — promienie pozafiołkowe wytwarzają w skórze witaminę D.

W latach 1946 — 48 przeprowadzono w ZSRR akcję zapobiegania krzywicy podając ciężarnym duże dawki witaminy D, w ilości 150.000 do 225.000 jednostek, podczas okresowych wizyt w poradniach dla matek. Dowiedziono, że takie dawki witaminy D są magazynowane w wątrobie, osoczu krwi i płucach, skąd ustrój czerpie stopniowo w miarę potrzeby. Dzieci urodzone z tych — nawet źle odżywianych — kobiet nie zapadały na krzywicę, względnie wykazywały objawy bardzo nieznaczne. System podawania witaminy D w poradniach ma szczególne znaczenie dla tych kobiet, które mieszkając w złych warunkach higienicznych nie przestrzegają wskazówek lekarza.

W zapobieganiu krzywicy u dzieci wielką rolę do spełnienia mają pielęgniarki w ośrodkach zdrowia, zarówno we wspólnej pracy z lekarzem, jak i w samodzielnej pracy pielęgniarki społecznej.

J. S.

SPROSTOWANIE

W n-rze 7/8 n. pisma wkradł się błąd. W artykule pt. „Pielęgnacja po operacjach ginekologicznych", na str. 19, kol. druga, zdanie powinno brzmieć: „... w przypadkach III° i IV° czystości pochwy...".

TREŚĆ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 50,—, kwartalna zł 150,—, półroczna zł 300,—, roczna zł 600,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, ½ str. 25 000 zł, ¼ str. 15 000 zł, $^1/_8$ str. 10 000 zł, $^1/_{16}$ str. 7 000 zł, $^1/_{32}$ str 5 000 zł.

Drukarnia Wydawnictwa „Prasa Wojskowa" w Łodzi, X. 49. Nr 2539. 10.000. D-05095